

Année 1955

N°
528

T H E S E

Pour le Doctorat en Médecine

(Diplôme d'Etat)

Par

M A G D E L E I N E Jean

Né le 1er Juin 1924 à FORT-DE-FRANCE (Martinique)

Présentée et soutenue publiquement le:

Titre:

QUELQUES ASPECTS DE LA PROPHYLAXIE ANTITUBERCULEUSE
DANS LE DEPARTEMENT DE L'ISERE

Président:

Monsieur le Professeur BERNARD

-o-o-o-

Edition A.G.E.M.P.

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Nom du Candidat: M A G D E L E I N E

Prénom : Jean

Date de soutenance:

Numéro d'ordre:

1

MAGDELEINE Jean
Quelques aspects de la prophylaxie antituberculeuse dans le département de l'Isère
Paris Dact. in-4° 123 p.
Thèse Méd.(Etat) Paris 1955
N°
Ed. A.G.E.M.P. 1955

2

MAGDELEINE Jean
Quelques aspects de la prophylaxie antituberculeuse dans le département de l'Isère
Paris Dact. in-4° 123 p.
Thèse Méd.(Etat) Paris 1955
N°
Ed. A.G.E.M.P. 1955

3

MAGDELEINE Jean
Quelques aspects de la prophylaxie antituberculeuse dans le département de l'Isère
Paris Dact. in-4° 123 p.
Thèse Méd.(Etat) Paris 1955
N°
Ed. A.G.E.M.P. 1955

4

MAGDELEINE Jean
Quelques aspects de la prophylaxie antituberculeuse dans le département de l'Isère
Paris Dact. in-4° 123 p.
Thèse Méd.(Etat) Paris 1955
N°
Ed. A.G.E.M.P. 1955

Année 1955

N° _____

T H E S E

Pour le Doctorat en Médecine

(Diplôme d'Etat)

Par

M A G D E L E I N E Jean

Né le 1er Juin 1924 à FORT-DE-FRANCE (Martinique)

Présentée et soutenue publiquement le:

Titre:

QUELQUES ASPECTS DE LA PROPHYLAXIE ANTITUBERCULEUSE
DANS LE DEPARTEMENT DE L'ISERE

Président:

Monsieur le Professeur BERNARD

-O-O-O-

Edition A.G.E.M.P.



DOYEN HONORAIRE :

M. BAUDOIN

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. BAUDOIN, BRINDEAU, CADENAT, CARNOT, CHABROL, CHEVASSU, CHIRAY, CLERC, DELEET, GOUGEROT (H.), GUILLAIN, HARVIER, LAUBRY, LEMAITRE, LEMIERRE, LHERMITTE, LIAN, LOEPER, MARION, MATHIEU, MOCQUOT, MULON, OLIVIER (E.), OMEREDANNE, SANNIE, SEZARY, TANON.

DOYEN..... Léon BINET.
(membre de l'Institut)

ASSESEUR..... Jean VERNE.

I - PROFESSEURS

MM.

Anatomie.....	CORDIER (C.)
Anatomie Pathologique.....	DELARUE (A.)
Bactériologie.....	GASTINEL (P.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux sports	CHAILLET-BERT (P.)
Biologie Médicale.....	VERNE (J.)
Cancérologie médicale et sociale.....	HUGUENIN (R.)
Carcinologie.....	OBERLING (C.)
Chimie médicale.....	N....
	(Hôtel-Dieu..... BROCCQ (P.)
Cliniques	(Broussais..... DE GAUDART-D'ALLAINES (P.)
Chirurgicales	(Salpêtrière..... MONDOR (R.)
	(Cochin..... QUENU (J.)
Clinique chirurgicale réparatrice et orthopédique ...	MERLE D'AUBICNE(R)
Clinique de cardiologie	DONZELOT (E)
Clinique de Chirurgie infantile et d'orthopédie	FEVRE (M)
Clinique de Chirurgie pleuro-pulmonaire	MONOD (R)
Clinique de la tuberculose	BERNARD (E)
Clinique de neuro-chirurgie	PETIT-DUTAILLIS (D)
Clinique de Puériculture	LELONG (M)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	DEGOS (R)
Clinique des maladies du sang	CHEVALLIER (P)
Clinique des maladies du système nerveux	ALAJOUANINE (T)
Clinique des maladies des enfants	DEBRE (R)
Clinique des maladies infectieuses	MOLLARET (P)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale	DELAY (J)
Clinique gynécologique	FUNCK-BRENTANO(P)
	(Hôtel-Dieu
Cliniques	(Bichat
médicales	(Cochin
	(Broussais
Clinique médicale d'Hydro-climatologie thérapeutique	JUSTIN-BESANCON(L)
Clinique médicale propédeutique.....	PASTEUR VALLERY-RADOT (L)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition	BOULIN (L)

	{ Tarnier	LANTUEJOUL (P)
	{ Baudelocque	LEVY-SOLAL (E)
Cliniques	{ Port-Royal	LACOMME (M)
obstétricales		VELTER (E)
Clinique ophtalmologique		AUBIN (A)
Clinique oto-rhino-laryngologique		
Clinique physio-pathologique des problèmes		
alimentaires (chaire à titre personnel)		RICHET (C)
Clinique psychiatrique infantile		HEUYER (C)
Clinique rhumatologique et sociale		COSTE (F)
Clinique stomatologique		DECHAUME (M)
Clinique thérapeutique chirurgicale		SENEQUE (J)
Clinique thérapeutique médicale		LEMAIRE (A)
Clinique urologique		FEY (B)
Embryologie		GIROUD (A)
Génétique		LAMY (M)
Histoire de la Médecine et de la Chirurgie		MOUQUIN (M)
Histologie		CHAMPY (C)
Hygiène et Clinique de première enfance		CATHALA (J)
Hygiène et médecine préventive		JOANNON (C)
Médecine du Travail		DESOILLE (H)
Médecine Légale		PIEDELIEVRE (R)
Parasitologie et histoire naturelle médicale		GAILLARD (H)
Pathologie chirurgicale		MENEGAUX (G)
Pathologie exotique		LAVIER (G)
Pathologie expérimentale et comparée		LENEGRE (J)
Pathologie humorale et immunologique expérimentale		
(Chaire à titre personnel)		MERKLEN (F.P.)
Pathologie médicale		BARIETY (M)
Pathologie et thérapeutique générales		GARCIN (J)
Pédiatrie sociale		MARIE (J)
Pharmacologie et matière médicale		HAZARD (R)
Physico-Chimie médicale (Chaire à titre personnel) ..		DOGNON (A)
Physiologie		BINET (L)
Physique médicale		STROHL (A)
Radiologie médicale		DESGREZ (H)
Technique chirurgicale		MOULONGUET (P)
Thérapeutique		TURPIN (R)

II - PROFESSEURS SANS CHAIRE MAITRES DE CONFÉRENCES-AGREGES ET AGREGES

Anatomie	(DEBEYRE (J)
	(DELMAS (A) Pr.s.ch.
Anatomie Pathologique	(N...
	(GAUTHIER-VILLARS
	(Mlle P. Pr.s.ch.
	(BUSSER (F)
	(GOUYGOU (C)
Bactériologie	(FASQUELLE (R)
	(NEVOT (A)
Biologie Médicale	(BOURLIERE (F)
Chimie Médicale	(ETTORI (J) Pr.s.ch.
	(JAYLE (M.F.) Pr.s.ch.
	(SCHAPIRA (G)
Dermato-Syphiligraphie	DUPERRAT (F)

Histologie	(BULLIARD (H) Pr. s. ch. (COUJARD (R) (N ...
Hydrologie	DUBRAY (C)
Hygiène	(BOYER (J) (DEPARIS (M)
Médecine Légale et du Travail	(DEROBERT (L) (GAULTIER (M) (HADENGUE (A)
Neuro-Chirurgie	DAVID (M)
Neurologie	SEZE (S. de)
Obstétrique	(CRASSET (J) (LEPAGE (F) (MAYMR (M) (MERGLER (R) (MORIN (P) (RAVINA (J) (VARANGOT (J)
Ophtalmologie	(OFFRET (G) (DESVIGNES (P)
Orthopédie	JUDET (R)
Oto-Rhino-Laryngologie	(HALPHEN (E) Pr.s.ch. (AUBRY (M) (MADURO (R)
Parasitologie	(BRUMPT (L) CHABAUD (A)
Pathologie chirurgicale	(ABOULKER (F) (BAUMANN (J) (GOSSET (J) (HUGUIER (J) (LAURENCE (G) (LEGER (L) (LORTAT-JACOB (J) (OLIVIER (Cl) (PABOVANI (P) (PCILLEUX (M) (ROUX (M) (RUDLER (J.C.) (VERNE (J.M.)
Pathologie expérimentale	N...
Pathologie médicale	BERNARD J. (BOUDIN (G) (CASTAIGNE (P) (COMTE (M) (DECOURT (J) (DOMART (A) (DREYFUS (Gilbert) (FAUVERT (R) (HAMBURGER (J) (KOURILSKY (R) (LANOTTE (M) (LAROCHÉ (C) (MILLIEZ (P) (PEQUIGNOT (H) (PERRAULT (M) (RAMBERT (P) (THIEFFRY (St) (TURIAF (J)

Pédiatrie	(JOSEPH (R)) (LAPLANE (R)) (N...)
Pharmacologie	(LEVY (Mlle J.) Pr.s.ch. (CHEYMOL (J.H.) Pr.s.ch.
Physiologie	(BARGETON (D) Pr.s.ch. (PARROT (J.L.)
Physique Médicale	(DJOURNO (A) Pr.s.ch. (GOUGEROT (L)
Pneumo-Phtisiologie	KREIS (B)
Psychiâtrie	BARUK (H)
Psychiâtrie infantile	MICHAUX (L)
Stomatologie	(CERNEA (P) (CHAPUT (Mme A)
Thérapeutique	PERRAULT (chargé de l'enseignement)
Urologie	KUSS (R)

III - PROFESSEURS HONORAIRES
ET AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE
pour le Service des Examens.

MM. BRINDEAU (A) (Obstétrique), GATELLIER (J) (Clinique Chirurgicale),
LE LORIER V(Obstétrique), VAUDESCAL (R) (Obstétrique).

IV - PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES
CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE
à titre permanent.

	MM.
Clinique Chirurgicale	AMELINE (A) PATEL (J) SICARD (A)
Clinique Médicale	BROUET (G) CACHERA (R) HAGUENEAU (M) Pr.s.ch. MARCHAL (G) SOULIE (E)
Clinique Obstétricale	ECALLE (G)
Clinique Ophtalmologique	RENARD (G)
Clinique Urologique	COUVELAIRE (R)

	MM.
Secrétaire Général de la Faculté	MOREL (J)
Secrétaire	Mlle CHAINTREUIL (G)

Conservateur, chargé de la direction	Docteur HAHN (A)
Conservateur	Mlle GOICHON
Bibliothécaires	Mlles DUMAITRE (P), LE NOIR (G), METIN (F), QUIEVREUX (E).

Par délibération en date du 9 Déc. 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions
émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être
considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner
aucune approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MES PARENTS

A MA FEMME

A MA FILLE

A MES SOEURS

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS



A MONSIEUR LE PROFESSEUR G. JOANNON

Professeur d'Hygiène à la Faculté de Médecine de Paris
Officier de la Légion d'Honneur, .

En témoignage de notre vive gratitude pour la
grande bonté qu'il a toujours manifestée à notre endroit.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR DEPARIS

Professeur sans chaire à la Faculté de Médecine de Paris
Médecin des Hôpitaux de Paris.

Avec nos respectueux remerciements pour les conseils
et les encouragements qu'il a bien voulu nous donner.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR ETIENNE BERNARD

Professeur de . . Clinique de la Tuberculose de la Faculté de
Médecine de Paris.

Commandeur de la Légion d'Honneur

Membre de l'Académie de Médecine..

En témoignage de notre respectueuse admiration et
de notre vive reconnaissance pour le très grand honneur qu'il
nous a fait en acceptant la présidence de cette thèse.

A MES MAITRES DES HOPITAUX DE PARIS

- Externat: - Professeur Ménégauz
- Docteur Janet
- Professeur ag. Digonnet
- Docteur Cattan
- Professeur R. Moreau
- Docteur Paraf
- Professeur ag. J. Turiaf

Internat de la Région Parisienne

- Docteur Louvet

A MES MAITRES DE LA FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

A MONSIEUR LE DOCTEUR E. BERTHET

Directeur Général du Centre International de l'Enfance

qui nous a guidé et conseillé avec une grande bonté
qu'il veuille bien trouver ici l'expression de notre respectueu-
se reconnaissance.

A MONSIEUR LE DOCTEUR R. COHEN

Médecin-Directeur du Sanatorium des Etudiants de France (St. Hi-
laire du Touvet)

A MONSIEUR LE DOCTEUR J.N. VIVIEN

Médecin- Adjoint au Sanatorium des Etudiants de France (St Hi-
laire du Touvet)

à qui nous tenons à exprimer toute notre gratitude
pour l'aide qu'ils nous ont apportée.

QUELQUES ASPECTS DE LA PROPHYLAXIE ANTITUBERCULEUSE
DANS LE DEPARTEMENT DE L'ISERE.

Introduction

Depuis plusieurs dizaines d'années l'importance des ravages causés par la Tuberculose dans tous les pays et particulièrement en France a imposé aux Sociétés le devoir de lutter contre ce fléau par tous les moyens.

Ainsi que l'écrit E. Burnet, dans son ouvrage "Prophylaxie de la Tuberculose": "La Tuberculose est par excellence une maladie sociale et la lutte contre la Tuberculose est une oeuvre d'Hygiène sociale." et aussi le Professeur Etienne BERNARD: " La Tuberculose est le type même de la maladie sociale. A ce titre, elle est destinée à être influencée par tout ce qui touche en bien ou en mal la société" dans "Tuberculose et Médecine Sociale". Aussi ne faut-il pas s'étonner si l'organisation de cette lutte est faite à l'échelle nationale et non seulement individuelle.

Dans le présent travail, nous envisagerons quelques aspects de la partie prophylactique de la lutte anti-tuberculeuse dans le cadre du département de l'Isère.

PLAN

- Historique de la Législation antituberculeuse avant l'Ordonnance du 31 Octobre 1945.
 - Législation et Règlementation actuelle.
 - Etude de quelques aspects actuels de cette Prophylaxie sur les plans:
 - = sanitaire
 - = économique
 - = psychologique.
 - Conclusion
-

HISTORIQUE

"Les connaissances scientifiques déterminant les conditions de la prophylaxie". E. Bérnet in" Prophylaxie de la Tuberculose"

On ne peut lutter contre un fléau sans en connaître la nature, le mode d'action, les facteurs favorables et contraires à sa propagation, aussi jugeons nous utile, en préliminaire, de rappeler ici les principales découvertes qui conditionnent la prophylaxie antituberculeuse, sans nous étendre par ailleurs sur l'épidémiologie de la Tuberculose, mais en mettant en relief une notion essentielle à la base de la prophylaxie antituberculeuse:

La Tuberculose est une maladie contagieuse dont le germe est le bacille de Koch.

Quelques faits importants:

- L'auscultation découverte par Laennec en 1816.
- La Tuberculose expérimentale et la notion de contagion mise en évidence par Villemin en 1865.
- Le bacille de Koch, découvert par Koch en 1888.
- La tuberculine isolée par Koch en 1891.
- Les rayons X découverts par Roëntgen en 1895.
- Le pneumothorax thérapeutique appliqué pour la première fois par Forlanini en 1894.
- La cuti-réaction par Von Pirquet en 1907.

La législation antituberculeuse ne date pas de l'ordonnance du 31 Octobre 1945. Dès le début du siècle, avec l'acquisition de nouvelles données bactériologiques et épidémiologiques, certaines mesures législatives furent prises. Il nous

paraît nécessaire de le mentionner ici.

Rappelons tout d'abord que l'Académie de Médecine dès le 19ème siècle n'a pas été inactive. En 1889 avec le rapport de Villemin, en 1896 avec le rapport Jacoud, enfin en 1898 avec le rapport Grancher, elle faisait savoir les caractères essentiels de la prophylaxie et chargeait une commission de son étude: " La Commission permanente de préservation contre la Tuberculose".

L'année 1899, était créée une Commission extra-parlementaire à l'effet de rechercher les moyens pratiques de combattre la propagation de la Tuberculose.

La loi du 15 Février 1902, loi sur la protection de la Santé publique, qui est la charte de l'Hygiène publique, ne faisait pas une grande place à la Tuberculose, mais en la classant comme une maladie à déclaration facultative dans le décret accompagnant la loi, elle la faisait figurer pour la première fois dans un texte législatif. Notons que l'hospitalisation d'urgence prévue par la loi d'Octobre 1902 n'a jamais été appliquée pour des raisons financières, même dans les cas les plus angoissants.

La création de l'Oeuvre Grancher ou Oeuvre de Préservation de l'Enfance contre la Tuberculose en 1903.

La loi de 1915, qui décide la création des stations sanitaires et l'Assistance aux Tuberculeux.

En 1916, nous notons l'institution de Comités départementaux contre la Tuberculose et surtout la loi Léon Bourgeois du 15 Avril 1916 entraînant la création des Dispensaires d'Hygiène Sociale en France. Rappelons que le premier dispensaire a été créé en Grande-Bretagne par Sir Robert Philip en 1887. C'est à Calmette que revient le mérite de l'institution du premier dispensaire français à Lille en 1901. Le second fut ouvert à Lyon en 1905.

La loi Honnorat du 6 Septembre 1919 décide la création des Sanatoriums; elle fut modifiée par les décrets-lois de 1935.

L'Oeuvre du Placement familial des Tout Petits est organisée en 1921 par le Professeur Léon Bernard et Madame Seligmann.

Les Préventoriums dont les premiers en France furent ouverts par Calmette au début du siècle, trouvent leur réglementation dans le décret du 17 Juin 1938.

L'existence officielle du dépistage systématique en France date du rapport Courcoux au 9ème Congrès de la Tuberculose à Lille en 1939. Il est juste, de noter que quelques tentatives avaient déjà été faites.

Nous avons rappelé rapidement les différentes lois et institutions qui ont jalonné au début du siècle la lutte contre la Tuberculose, sans en donner les réalisations correspondantes dans le département de l'Isère. Nous nous réservons le droit de le faire pour chacune de ces institutions séparément lors de leur étude.

LEGISLATION ACTUELLE ET ORGANISATION ADMINISTRATIVE DE LA PROPHYLAXIE ANTITUBERCULEUSE.

Après la guerre de 1939-45, parmi les nombreuses mesures législatives qui furent prises dans le domaine de la préservation de la santé, une place particulière doit être faite à l'Ordonnance du 31 Octobre 1945, relative à l'Organisation et au Fonctionnement de la lutte contre la Tuberculose, qui est le texte fondamental en la matière.

Cette Ordonnance vise essentiellement, comme le précise l'exposé des motifs "à obtenir un meilleur rendement de l'armement antituberculeux déjà édifié, une coordination plus étroite entre les divers rouages, un dépistage plus fructueux, une prophylaxie plus serrée, un traitement plus précoce et la prise en considération que la guérison du tuberculeux ne se juge pas seulement sur son état satisfaisant au sortir du sanatorium, mais surtout sur sa possibilité de se reclasser professionnellement ou de redevenir une valeur dans la société".

L'ensemble de l'organisation administrative peut être résumée de la manière suivante:

- Sur le plan national se trouvent:

- Le Ministre de la Santé Publique et de la Population.
- Le Directeur Général de la Santé.
- Le Directeur de l'Hygiène Sociale.
- Le Directeur de l'Hygiène Scolaire et Universitaire.

Ils sont assistés d'Organismes consultatifs:

- La Commission de la Tuberculose du Conseil Permanent d'Hygiène Sociale.
- La Commission Nationale de Défense contre la Tuberculose.

- Sur le plan régional se trouve:
 - le Médecin-Inspecteur divisionnaire de la Santé
- Sur le plan départemental, qui est celui de notre étude, se tiennent:
 - Le Médecin directeur départemental de la Santé, chargé de la coordination de la lutte contre la Tuberculose dans le département. Il est assisté du Médecin consultant régional de Phtisiologie qui oriente et coordonne la lutte antituberculeuse sur le plan technique.
 - Sous l'autorité du Directeur Départemental de la Santé le Médecin Phtisiologue Départemental assure:
 - l'organisation du dépistage systématique de la Tuberculose.
 - Le contrôle technique de tous les organismes participant à la lutte contre la Tuberculose.
 - La Direction du Centre Départemental de Phtisiologie, sauf dérogation.
 - Les Médecins des Services antituberculeux publics et privés (Dispensaires et Etablissements de cure: Sanatoriums et Préventoriums)
 - Les Médecins des Organismes de Prophylaxie.
(Aeriums et placements familiaux surveillés)

Nous n'insisterons pas sur les décrets, arrêtés, circulaires fixant les modalités d'application de l'Ordonnance du 31 Octobre 1945 dont l'énumération serait fastidieuse.

En dehors de cette Ordonnance fondamentale, différents textes législatifs ont une incidence importante sur la prophylaxie antituberculeuse. Nous les citerons au cours de notre étude.

Ainsi que l'enseigne le Professeur JOANNON nous pensons que la prophylaxie antituberculeuse n'est pas uniquement oeuvre sanitaire, reposant sur le dépistage précoce, l'isolement et le traitement des malades, la vaccination par le vaccin B.C.G. mais qu'elle comporte, en outre, une action vigoureuse sur le plan économique visant tant à augmenter le standard de vie de la population en général qu'à venir en aide aux familles que la maladie met dans la gêne ou dont elle aggrave la misère, et enfin l'élaboration et la mise en oeuvre de campagnes régulières d'éducation sanitaire avec tous les moyens qu'offre la technique moderne.

Nous étudierons ainsi successivement la prophylaxie antituberculeuse sur un triple plan:

- sanitaire, c'est l'action médicale,
- économique, c'est l'action sociale,
- physiologique, c'est l'action éducative,

sans dissimuler le développement prédominant qui a été accordé aux mesures d'ordre sanitaire.

I LA PROPHYLAXIE SUR LE PLAN SANITAIRE
L'ACTION MEDICALE

LES MESURES D'ORDRE SANITAIRE

Voyons maintenant chacun des différents actes de la prophylaxie antituberculeuse sur le plan sanitaire. Il s'agit essentiellement:

- du dépistage
- de l'isolement des malades
- de la désinfection
- de la prophylaxie de la rechute par les Etablissements de Post-Curé
- de la Vaccination par le B.C.G.
- de la Lutte contre la Tuberculose bovine.

A) LE DEPISTAGE

En 1905, dans une communication à l'Académie de Médecine Grancher avait l'occasion de dire: "En matière de Tuberculose la défensive est une mauvaise tactique et c'est un acte d'imprévoyance que le budget paiera fort cher, car il devra plus tard dépenser des sommes énormes en faveur des phthisiques avérés et pour des résultats médiocres." Cette mise en garde de Grancher fut assez longue à porter ses fruits d'une manière générale, puisqu'en dehors de certaines initiatives particulières, il fallut attendre le rapport Courcoux au 9ème Congrès de la tuberculose à Lille en 1939 pour que le dépistage systématique reçut son existence officielle, et qu'ainsi fut clairement définie la nécessité de ne pas attendre que la maladie s'extériorisât avec tout son cortège de signes fonctionnels et généraux pour entreprendre la lutte thérapeutique et d'intervenir avant même toute expression clinique.

D'une manière générale, nous entendons par dépistage systématique ce "travail de protection des sujets sains à intervalles réguliers" qui permet de réaliser la discrimination des sujets allergiques d'une part et celle des sujets atteints de

Tuberculose active, d'autre part. Nous comprenons ainsi aussi bien la recherche des sujets allergiques et non allergiques que celles des lésions pulmonaires à la radiologie.

Distinguons cependant dès maintenant avec le Professeur Bariéty et Ch. Coury plusieurs modalités de dépistage radiologique.

Tout d'abord, le dépistage indiscriminé dit de "masse" dont le type est le dépistage dit "géographique" qui consiste en l'examen radiologique d'une collectivité prise dans son ensemble. Cette forme de dépistage, réalisée à Montreuil-sous-Bois par le Dr Fourestier d'Avril à Mail 1945 ne nous intéresse pas, n'ayant pas été pratiqué dans notre Département. Il est d'ailleurs quasiment abandonné dans le reste de la France pour sa faible rentabilité.

Le dépistage électif s'adresse à des catégories sociales particulières, à des collectivités comme les groupements professionnels (écoles, usines, administrations, armées) à certaines catégories d'individus: les examens pré-nuptiaux et post-nataux.

Le dépistage systématique dirigé est orienté de manière plus précise, d'où son meilleur rendement. Il concerne, par exemple, les sujets à cuti-réaction positive lors de la visite périodique des jeunes, les examens de reprise du travail après interruption pour maladie etc...

Enfin en dehors de ces trois variétés de dépistage collectif, se trouve le dépistage individuel orienté qui n'est pas systématique. Il est très fructueux en général et est représenté par l'examen "occasionnel" des sujets qui sont surveillés ou suspects pour des raisons diverses. Ainsi à l'encontre des méthodes de dépistage collectif, surtout les deux premières d'ailleurs, il ne s'adresse pas essentiellement aux Tuberculoses véritablement muettes et est l'apanage des Dispensaires, qui par ailleurs font du dépistage électif et systématique dirigé, et du médecin praticien, dont l'action échappe aux statistiques.

Dans ce travail de prospection, l'élément de base et historiquement le premier, demeure le Dispensaire d'Hygiène Sociale.

le. Nous étudierons au cours de ce chapitre du Dépistage d'abord le fonctionnement du Dispensaire, puis celui de

- La Médecine Préventive Scolaire et Universitaire
- La Médecine du Travail
- Des Services médicaux de l'armée
- Des Services médicaux de la Sécurité Sociale et de la Croix Rouge Française

dans leur participation à la Prophylaxie antituberculeuse dans le cadre du Département de l'Isère.

1°) LES DISPENSAIRES D'HYGIENE SOCIALE

Ils constituent la pièce maîtresse de l'équipement prophylactique antituberculeux et dans le département de l'Isère, comme ailleurs en France, ils ont joué un rôle essentiel.

C'est au cours de la guerre de 1914-18 que furent créés dans notre département les premiers dispensaires. Dès 1916, fut fondé un Comité départemental d'Assistance aux tuberculeux, chargé d'aider les nombreux combattants réformés pour tuberculose pulmonaire dans les années initiales du conflit. En 1920 le Comité se transforma en Comité départemental de défense contre la tuberculose et reçut au moment de sa création un don de 75.000 francs de la Mission Rockefeller. Il créa entre 1917 et 1921 cinq dispensaires situés respectivement à Grenoble, Vienne, Voiron, St. Marcellin et Bourgoin. En 1934, les consultations des ces dispensaires furent confiées à des médecins-phthisiologues spécialisés, nommés au concours. D'année en année de nouveaux établissements furent ouverts. (1)

Organisation administrative actuelle

Les dispensaires antituberculeux sont soumis à l'Ordonnance du 31 Octobre 1945 et plus particulièrement au décret du

(1) Pour plus amples renseignements, se référer à la thèse de V. Nanoff: "L'organisation de la lutte antituberculeuse dans le cadre départemental en France: l'exemple du département de l'Isère" Lyon. 1938.

9 Novembre 1948, portant fixation des conditions de création, d'installation et de fonctionnement des dispensaires antituberculeux, décret complété par l'arrêté du 23 Février 1949, relatif à l'aménagement et au fonctionnement des dispensaires antituberculeux. Ils relèvent du Service départemental d'Hygiène sociale.

Plaque tournante du dispositif de lutte antituberculeuse, le Dispensaire d'Hygiène sociale a de nombreuses attributions, dont le dépistage, qui est l'objet de ce chapitre.

Equipement actuel

Il existe maintenant 17 dispensaires antituberculeux dans le département de l'Isère. Nous en donnons le tableau, communiqué par la Direction départementale de la Santé. Dans tous ces dispensaires, sauf à celui de Bourg d'Oisans, les réinsufflations de pneumothorax sont pratiquées. Le dispensaire de Grenoble est ouvert tous les jours; celui de Vienne trois fois par semaine; les treize autres, qui s'adressent à une population moins nombreuse, ne sont en activité qu'une fois par semaine.

Personnel

Le personnel affecté à ces établissements et nommé selon la loi, comprend:

- cinq médecins de dispensaire, phtisiologues agréés qui travaillent à temps plein, et assurent chacun, le fonctionnement de plusieurs services.
- cinquante assistantes sociales
- trois secrétaires, une pour chacun des centres importants suivants: Grenoble, Vienne et Voiron.

(1) Ces renseignements nous ont été gracieusement communiqués par l'Institut National d'Hygiène et nous exprimons ici toute notre reconnaissance à Mlle L Docteur LOTTE, chef de la Section de la Tuberculose, pour l'aide précieuse qu'elle a bien voulu nous apporter ainsi qu'à Mlle le Docteur Rouillon.

Fonctionnement

Le meilleur moyen d'étudier le fonctionnement de ces établissements et d'apprécier leur action est d'examiner les données statistiques (1) qui reflètent leur activité. Nous les donnons pour l'ensemble des dispensaires du département dans les tableaux suivants n°2

DISPENSAIRES	ADRESSES	JOURS DE CONSULTATIONS	NOM des MEDECINS
<u>GRENOBLE</u>	! 15, Q. Cl. Bernard ! ! Tél. 16-52 !	! Lundi matin & Ap. midi ! ! Mardi matin & ap. midi ! ! Mercredi ! ! Jeudi matin & ap. midi ! ! Vend. matin & ap. midi ! ! Samedi matin & ap. midi !	! Dr. ESCOMEL ! ! Dr. GRUNWALD ! ! Permanence ! ! Dr. GRUNWALD ! ! Dr. GRUNWALD ! ! Dr. ESCOMEL !
<u>LA MURE</u>	! Hôpitaux ! ! tél. 62 !	! Lundi matin & ap. midi ! ! Merc. matin (3°) !	! Dr. CHAUDANSON ! ! Dr. GRUNWALD !
<u>St. MARCELLIN</u>	! AV. Félix Faure. Tél. 1-36 !	! Merc. matin & ap. Midi !	! Dr. ESCOMEL !
<u>St. LAURENT</u>	! Hôpitaux !	! Jeudi (1° & 3°) " !	! Dr. ESCOMEL !
<u>cu-PONT</u>	! Tél. 19 !	! !	! !
<u>VIZILLE</u>	! Hôpitaux ! ! tél. 59 !	! Vend. ap. midi !	! Dr. ESCOMEL !
<u>BOURG d'OISANS</u>	! Place de l'Eglise !	! Mardi matin (1° & 3°) !	! Dr. CHAUDANSON !
<u>VOIRON</u>	! R. des orphelins ! ! tél. 5-15 !	! Merc. matin ! ! Vend. matin !	! Dr. CHAUDANSON ! ! Dr. CHAUDANSON !
<u>RIVES</u>	! R. de la République ! ! tél. 1-23 !	! Merc. ap. midi !	! Dr. CHAUDANSON !
<u>PONTCHARA</u>	! R. Laurent Gayer ! ! tél. 73 !	! Jeudi matin !	! Dr. CHAUDANSON !
<u>TULLINS</u>	! Hôpitaux ! ! tél. 33 !	! Vend. ap. midi !	! Dr. CHAUDANSON !
<u>LA TOUR-du-PIN.</u>	! Hôpitaux ! ! tél. 83. !	! Mardi ap. midi !	! Dr. OSTA !
<u>PONT-de-BEAUV.</u>	! Hôpitaux ! ! Tél. 0-72 !	! Lundi ap. midi !	! Dr. OSTA !
<u>BOURGOIN</u>	! Pl. Neyret ! ! Tél. 5-52 !	! Mardi matin ! ! Jeudi matin & ap. midi !	! Dr. OSTA ! ! Dr. OSTA !
<u>DECINES</u>	! Mairie ! ! tél. 91 !	! Vend. matin !	! Dr. OSTA !
<u>CHARVIEU</u>	! Centre d'hygiène !	! Vend. ap. midi !	! Dr. OSTA !
<u>VIENNE</u>	! Montée St Marcel. Tél. 8-35 !	! Mardi matin & ap. midi ! ! Jeudi ap. midi ! ! Sam. matin & ap. midi !	! Dr. TANCHON ! ! Dr. TANCHON ! ! Dr. TANCHON !
<u>PEAGE-de-ROUS</u>	! Hôpitaux ! ! tél. 0-84 !	! Jeudi matin !	! Dr. TANCHON !

Dans tous les dispensaires, sauf à Bourg d'Oisans, les insufflations de P.N.U. sont pratiquées.

ACTIVITE GENERALE DES DISPENSAIRES
DU DEPARTEMENT DE L'ISERE

Année	1920	1921	1922	1923	1924	1925	1926	1927
Nbre de dispensaires	5	5	5	5	5	5	5	5
Nbre de consultations	36	539	1798	2378	3028	3008	3378	3595
Nbre de nouveaux consultants	...	...	...	...	...	...	...	.931
Nbre de consultants inscrits en fin d'année	...	...	...	...	...	...	2220	2625
Nbre d'examens complémentaires expectoration		78	211	272	357	402	457	425

Année	1928	1929	1930	1931	1932	1933	1934	1935
Nbre de dispensaires	5	6	6	7	8	10	13	13
Nbre de consultations	4009	4120	5123	6242	9471	11956	20289	..
Nbre de nouveaux consultants.....	1096	1087	1405	1688	2470	2748	4026	
Nbre de consultants inscrits en fin d'année	2939	3455	3001	3647	4971	7157	10546	11872
Nbre d'examens compl. expector.	395	518	561	515	974	1134	2049	...

ACTIVITE GENERALE DES DISPENSAIRES DU DEPART. de l'ISERE

Année	1938	1943	1945	1946	1947	1948	1949
Nbre de dispensaires	15	15	16	16	17	17	17
Nbre d'habit. par dispensaires	...	...	...	35918	33764	33764	34377
Nbre de consultations	...	...	25539	29061	31377	33151	37188
Nbre d'examens systématiques de collectiv.	...	...	...	...	...	...	...
Nbre de nouveaux consultants			7282	9865	12262	12448	12382
Nbre de consultants inscrits en fin d'année	20164	19132	22259	22330	22970	28870	30875
Nbre d'examens compl. graphies standard	...	...	...	...	...	...	...
tomos	...	...	...	...	...	...	...
expectoration	...	...	...	883	1008	1285	1388
B.A. +	...	...	23%	18%	20%	13%	14%
Réinsufflations	...	...	...	...	...	...	...
T.A. ±	...	...	...	...	...	...	...

Année	1950	1951	1952
Nbre de dispensaires	17	17	17
Nbre d'hab. par dispensaires	34588	34764	34929
Nbre de consultations	42411	43579	40519
Nbre d'ex. systém. de collect.	339	6811	10268
Nbre de nouveaux consultants	12124	16043	13785
Nbre de consult. insc. en fin d'année	rubrique non conservée		
Nbre d'examens compl. graphies standard	...	598	578
tomos	...	114	117
expectoration	1578	1692	1595
B.K. +	11%	12%	11%
Réinsufflations	4704	8500	8894
T.R. +	...	677	362
T.R. 6	...	1098	926

TABLEAU N°3

Année	! 1920!	1921!	1922!	1923!	1924!	1925!	1926!
Nbre de tuberculeux inscrits en fin d'année	4	78	235	433	580	792	918
Nbre de nouveaux cas de tuberculose (ttes formes).	4	72	187	222	225	372	407
Nbre de nouveaux cas de tuberculose pulmonaire	...	...	...	...	...	...	...

Année	! 1927!	1928!	1929!	1930!	1931!	1932!	1933!
Nombre de tuberculeux inscrits en fin d'année	1024	1123	1289	1332	1444	1833	2381
Nombre de nouveaux cas de tuberculose (toutes formes)	332	358	416	416	525	616	854
Nombre de nouveaux cas de tuberculose pulmonaire.	...	252	280	269	381	459	661

TABLEAU N°3 (suite)

Année	1934	1935	1938	1943	1945	1946
Nbre de tuberculeux inscrits en fin d'année	3276	3339	5897	6280	6893	6930
Nbre de nouveaux cas de tuberculose (toutes formes)	1138	1180	1456	1126	1192	1350
Taux pour 100.000 habitants	...	...	...	...	205	236
Nbre de nouveaux cas de tuberculose pulmonaire	848	958	...	...	595	713
Taux pour 100.000 habitants	...	...	...	...	102	124
Nbre de tuberculoses pulmonaires bacillifères	...	...	...	...	234	267
Pourcentage par rapport au total des tuberculoses pulmonaires	...	...	...	...	39	37
Nbre de tuberculoses extra-pulmonaires (sujets de tous âges)	...	...	...	...	117	173
Primo-infections pathologiques (au-dessous de 21 ans)	...	...	...	...	163	255

Année	1947	1948	1949	1950	1951	1952
Nbre de tuberculeux inscrits en fin d'année	7064	8270	9278	9274	...	...
Nbre de nouveaux cas de tuberculose de toutes formes	1769	1584	1236	1171	1060	970
Taux pour 100.000 habitants	308	276	212	199	179	163
Nbre de nouveaux cas de tuberculose pulmonaire	841	773	762	718	576	540
Taux pour 100.000 habitants	146	135	131	122	98	91
Nbre de tuberculoses pulmonaires bacillifères	273	333	279	296	336	310
Pourcentage par rapport au total des tuberculoses pulmonaires	32	43	37	42	58	57
Nbre de tuberculoses extra-pulmonaires (sujets de tous âges)	135	187	48 a	40 b	51 c	52 d
Primo-infection pathologique (au-dessous de 21 ans)	424	399	329	326	349	306

- (a) à partir de 1949, pleurésies exceptées
 (b) Nombre de pleurésies
 (c) Résultats incomplets

RADIATIONS.

ANNEES	!1946	!1947	!1948	!1949	!1950a	!1951	!1952 !
Nbre des décès connus des dispensaires	167	172	118	140	117	152	141
Nombre des décès connus de l'Etat Civil				298	286	298	228
% par rapport aux décès de l'Etat Civil				47	41	51	62
Guérisons	226	66	74				
Tuberculeux transférés	971	1.391	323			58	79
Tuber. perdus de vue				24	81	464	554
Nombre global de radiations.	1364	1629	515	662	1544		

(a) renseignements incomplets.

Le Tableau II nous montre la progression du nombre des dispensaires qui passe de 5 en 1920 à 17 en 1952, ce qui représente pour cette année une moyenne de 34.929 habitants par dispensaire, la moyenne pour l'ensemble de la France étant de 45.618 habitants, entre les deux extrêmes: 193.100 habitants dans le département du Cantal et 16.161 dans le département des Côtes du Nord.

Le nombre des consultations n'a cessé d'augmenter. De 36 en 1920, il est passé à 40.519 en 1952. Encore ce dernier chiffre ne représente-t-il pas la totalité des consultations, car sont mis à part depuis 1950 les examens systématiques de collectivités qui atteignent 10.268. De même, le nombre de nouveaux consultants inscrits chaque année dans les dispensaires ne comporte plus les sujets vus en examens systématiques de collectivités. L'augmentation demeure sensible cependant depuis 1920, avec un maximum en 1951.

La rubrique "nombre de consultants restant inscrits en fin d'année" a été supprimée en 1949 à la demande de l'Institut National d'Hygiène, les chiffres qui y figuraient étant trop sujets à caution et peu exploitables. La rubrique "Nombre de tuberculeux inscrits en fin d'année" montre un accroissement constant du nombre des malades suivis aux dispensaires de 1920 à 1950. Nous devons cependant faire quelques réserves sur la valeur de ces chiffres et leur signification réelle. Tout d'abord, il est notoire que les dispensaires ne contrôlent pas tous les sujets tuberculeux du département. Par ailleurs, il entre certainement dans cette rubrique beaucoup de sujets tuberculeux stabilisés, guéris même ou simplement suspects, qui viennent grossir indûment les statistiques. Pour en avoir une idée, il nous suffit de comparer pour l'année 1949, par exemple, le nombre de tuberculeux inscrits en fin d'année avec le nombre d'examens d'expectoration faits la même année. Pour 9.273 malades inscrits, il y eût 1388 examens d'expectoration, soit 14 examens pour 100 malades, pourcentage qui serait très faible s'il s'agissait de malades en évolution. Pour l'ensemble des dispensaires métropolitains, le

taux est de 37 examens pour 100 malades inscrits, donc un peu meilleur que celui des dispensaires de notre département, mais son peu d'importance nous interdit d'attribuer une grande valeur aux données figurant sous cette rubrique.

Le tableau III

Le nombre de nouveaux cas de Tuberculose (toutes formes) a augmenté progressivement depuis 1920, en relation probablement avec le développement de l'activité des cinq premiers dispensaires, puis avec leur accroissement numérique à partir de 1929. Dans les années de l'après-guerre, nous enregistrons une hausse sensible du nombre de nouveaux cas, avec un maximum en 1947, phénomène également constaté dans l'ensemble de la France métropolitaine où nous notons en moyenne pour 100.000 habitants les chiffres suivants:

1945	1946	1947	1948	1949
158	182	211	210	151

Peut-on conclure à une recrudescence nette de la morbidité dans l'immédiat après-guerre? Il nous faut noter d'abord que ces données statistiques ne renseignent pas sur la morbidité exacte de la Tuberculose, certainement plus élevée, puisqu'un certain nombre de cas échappe aux dispensaires. Ensuite cette augmentation des nouveaux cas correspond aussi à une reprise de l'activité de ceux-ci à la fin de la guerre. Retenons cependant cette hausse sensible du nombre de nouveaux cas de Tuberculose, quoique la mortalité par tuberculose soit plus faible que dans la période de guerre (maximum en 1943) et même d'avant-guerre et ceci à une époque où l'influence des antibiotiques n'a encore pu se manifester. Pour une meilleure appréciation de la morbidité tuberculeuse, la déclaration obligatoire de cette maladie est nécessaire. Encore faudra-t-il s'entendre sur la définition de la Tuberculose-maladie et des cas de Tuberculose qui doivent être déclarés. Nous devons signaler la loi de 1945 sur la déclaration obligatoire de la Tuberculose dont une seconde lecture, a été de-

mandées par le Gouvernement et qui n'est pas entrée en vigueur.

Tableau IV

Notons enfin l'intérêt des statistiques de mortalité pour évaluer l'importance de l'activité médico-sociale de nos dispensaires. En 1952, par exemple, sur 228 décès par tuberculose connus de l'Etat-Civil 141 l'étaient des dispensaires dans notre département, soit 62%, ce qui nous montre encore que les dispensaires ne contrôlent pas la totalité des sujets tuberculeux de leur circonscription. Cependant ce pourcentage est le plus élevé obtenu jusqu'ici et il est nettement supérieur à celui de l'ensemble de la France qui est de 45,5 %. Une réserve pourtant: ce taux élevé plaiderait en faveur de l'activité médico-sociale intense si nous ignorions que, dans notre département, le pourcentage d'indétermination, dans la déclaration des causes de décès dépasse 20%, ce qui doit rendre prudent dans l'interprétation des statistiques de mortalité par tuberculose.

En conclusion, les données statistiques sur le fonctionnement des dispensaires du département de l'Isère montrent que, sur le plan de la prophylaxie antituberculeuse, notre département loin d'être moins outillé et actif que la moyenne des départements français, se trouve au contraire dans la moitié la plus favorisée. Certes ces données statistiques ne peuvent nous fournir de renseignements valables sur l'endémicité et la morbidité de la Tuberculose, mais c'est là un phénomène général à l'ensemble des dispensaires de la France.

Financement et Coût de Fonctionnement

Les dispensaires départementaux d'Hygiène Sociale, dont les dispensaires antituberculeux, sont gérés par le Service départemental d'Hygiène Sociale et selon l'article 24 de l'Ordonnance du 31 Octobre 1945: "les dépenses de fonctionnement du Service départemental sont inscrites au budget départemental et, dans la mesure où elles n'auraient pu être couvertes au moyen de ressources propres ou de participations diverses, seront réparties entre l'état, les départements et les communes dans les conditions fixées par le décret du 30 Octobre 1935".

En 1952, le Coût de fonctionnement des 17 dispensaires antituberculeux de notre département a été de l'ordre de 37 millions.

2°) LA MEDECINE PREVENTIVE SCOLAIRE ET UNIVERSITAIRE.

Depuis longtemps déjà, il est apparu nécessaire aux Pouvoirs Publics de protéger la santé des enfants, sans en laisser l'entière responsabilité aux parents, et pour ce faire, d'organiser une médecine préventive scolaire, l'école étant le lieu où l'on peut atteindre l'enfant le plus facilement.

Rappelons rapidement le décret proposé à la Convention nationale par Siéyès, Daunou et Lakanal en Juin 1793, prévoyant qu'un officier de santé du district "visite dans les quatre saisons de l'année toutes les écoles nationales examine les enfants....."; le rapport d'Orfila demandant la création d'un médecin dans chaque école de garçon en 1843; l'organisation de l'Inspection médicale des écoles en 1879 puis en 1883 par le Conseil Municipal de Paris; enfin la loi du 30 Octobre 1886 et le décret du 18 Janvier 1887 reconnaissant la nécessité de rémunérer "des médecins-inspecteurs communaux et départementaux". En fait, le contrôle de l'état de santé des écoliers appartient aux collectivités locales et demeure facultatif.

Après la première guerre mondiale, les phthisiologues attirèrent l'attention des Services Publics sur la forte proportion d'étudiants porteurs de lésions tuberculeuses dont la découverte était fortuite. Aussi, en 1923, à Clermont-Ferrand, les membres du Congrès de l'Union Nationale des Etudiants de France sont amenés à réclamer les organisations de cure et de prévention au profit de la jeunesse. Dès 1929, les Universités de Nancy et Strasbourg ouvrent la voie en créant un Service de Médecine préventive universitaire, qui a régulièrement fonctionné depuis. Les examens se font en deux séances. La première est consacrée à l'O.R.L., l'ophtalmologie et la Stomatologie; à la seconde sont passés en revue les autres appareils, et en particulier l'appareil respiratoire qui est soumis à un examen radioscopique. Notons qu'il existe à Strasbourg depuis 1873 une Caisse d'Assurance-maladie à laquelle tous les étudiants sont obligatoirement assujettis.

En 1936, les bases d'une organisation médico-sociale à l'Académie de Grenoble sont jetées, et sont tentées les premiers essais d'examens radioscopiques en milieu scolaire: à l'Université sur l'initiative du Dr. Douady, parmi les membres des sociétés sportives de Grenoble et parmi les élèves de l'enseignement primaire de certaines communes du département sur l'impulsion du Dr Berthet, alors médecin des dispensaires (1)

En 1938 et 1939 apparaissent les premiers textes législatifs et financiers instituant une taxe de Médecine Préventive Universitaire (Décret-Loi du 17 Juin 1938) et un organisme rationnel de Médecine Préventive Universitaire (Décret organique du 2 Mai 1939)

L'acte dit Loi du 13 Août 1943 prévoit l'obligation de l'examen médical de tous les élèves fréquentant les établissements d'enseignement, mais cette loi n'a reçu aucune application. Toutefois, il existait des Services d'Inspection médicale scolaire depuis de nombreuses années, ainsi que nous l'avons vu, d'abord dans quelques départements, puis dans la grande majorité d'entre eux.

Enfin, l'Ordonnance du 18 Octobre 1945 sur la protection des Enfants d'âge scolaire, des élèves et du personnel des Etablissements d'enseignement et d'éducation de tous ordres, est le texte organique qui articule le contrôle médical scolaire à l'ensemble des mesures prises pour protéger la santé de la population, coordonne les activités médico-sociales scolaires et universitaires et place sous la direction des Services de l'Hygiène Scolaire et Universitaire du Ministère de l'Education Nationale toutes les mesures de protection de la santé dans les écoles et les universités.

Nous n'insisterons pas sur les décrets, arrêtés et cir-

(1) Pour plus ample informé, se reporter à la thèse du Dr Belle: "La Médecine Préventive Universitaire: sa réalisation à Grenoble au cours de ces trois dernières années." Lyon. 1943.

culaires fixant les modalités d'application de l'Ordonnance du 13 Octobre 1945. Mais soulignons ici un caractère important de cette Ordonnance, c'est l'obligation faite aux assujettis de se soumettre à la Médecine Préventive, sinon les études ne peuvent être poursuivies.

Organisation administrative et Fonctionnement du Service de l'Hygiène Scolaire et Universitaire.

Nous rappellerons brièvement que l'Ordonnance du 13 Octobre 1945 institue un Service médico-scolaire rattaché au Ministère de l'Education Nationale. L'organisation de ce service se modèle sur celle de l'enseignement. C'est ainsi que dans l'Académie de Grenoble:

- Près du Recteur et Conseiller technique de celui-ci se tient le Médecin-Inspecteur régional de l'Hygiène Scolaire et Universitaire.
- Près de l'Inspecteur d'Académie du Département se trouve le Médecin-Départemental d'Hygiène scolaire.
- Nous trouvons aussi dans ce département le Médecin directeur technique du Service de la Médecine Préventive Universitaire.
- Enfin, les Médecins de Secteurs, médecins examinateurs de l'Hygiène scolaire.

Le Médecin Inspecteur de l'Hygiène scolaire et universitaire, conseiller technique du Recteur de l'Académie donne des instructions au médecin départemental dirigeant la Médecine Préventive Scolaire et au Médecin directeur technique du Service de Médecine Préventive Universitaire, afin de coordonner l'organisation du contrôle médical dans l'ensemble des établissements d'Enseignement de tous ordres.

Signalons pour terminer ces généralités sur l'organisation administrative du Service de l'Hygiène Scolaire et Universitaire:

- L'existence d'une assistante sociale départementale scolaire qui dirige le groupe des adjointes d'Hygiène

scolaire, dont certaines ont le diplôme d'état d'assistante sociale.

- L'existence d'assistantes sociales universitaires.

FONctionnement de la M.P.S. et U. sur le plan du
dépistage de la tuberculose.

19) Maternelles et Etablissement du 1er Degré

Les enfants des écoles maternelles théoriquement relèvent des Centres de Protection maternelle et infantile, puisqu'il s'agit d'enfants dont l'âge est inférieur à 6 ans. En fait ces écoles dépendent du Ministère de l'Education Nationale et, en pratique, sont comprises dans les Etablissement du 1er Degré.

Pour ces établissement, l'Ordonnance du 18 Octobre 1945 prévoit:

- des visites périodiques, en cours de scolarité, en de hors, bien entendu, de la visite obligatoire d'admission.

Le rythme n'en est pas précisé par la loi. En général il y a eu moins une visite systématique en cours d'année de tous les enfants et une visite sélective des déficients en fin d'année.

- une tuberculino-réaction (T.R.) qui n'est pas obligatoire légalement à ceux qui n'en avaient jamais eu ou chez qui elle était négative, l'année précédente.
- La législation actuelle ne prévoit pas d'examens radiologiques à la charge de l'Hygiène scolaire.

Dans le Département de l'Isère, il n'est pratiqué qu'une visite annuelle qui est systématique.

Les premières T.R. ont été faites au cours de l'année scolaire 1947-48. Il s'agit en général de cuti-réactions.

Enfin, des examens radioscopiques ont lieu

- pour la majorité, au centre médico-scolaire de Grenoble.
- pour le reste dans les dispensaires et certains

centres médico-scolaires du département.

Locaux- Equipement - Personnel

Il existe un centre médico-scolaire appartenant à la ville de Grenoble; très bien aménagé, pourvu d'un appareil radiologique pour scopie où tous les élèves du 1er degré de Grenoble sont examinés.

et 26 centres médico-scolaires répartis dans le département dont ceux de Fontaine et d'Echirolles disposent, chacun, d'un appareil radiologique pour scopie, propriété de la Municipalité.

En outre le service de l'Hygiène scolaire du Département possède une camionnette radiologique de marque Citroën, 850 Kg, possédant un appareil de radioscopie.

Le personnel médical comprend:

- Les médecins-phtisiologues du département, praticiens honorés à l'acte (45 frs par scopie)
- Les médecins à temps plein de l'Hygiène scolaire, au nombre de 11, y compris le médecin départemental, dont certains sont habilités à faire du dépistage radiologique de la Tuberculose.
- Signalons enfin un médecin à temps partiel à Vienne.

Sur le plan para-médical, il y a:

- Une assistante sociale départementale
- 9 assistantes sociales d'Hygiène scolaire
- Les adjointes d'Hygiène scolaire, faisant fonction de secrétaire médicale, sont au nombre de 12.

Nous devons signaler ici que ce personnel médical et para-médical s'occupe non seulement des élèves du 1er degré, mais aussi de ceux du Second degré, du technique et de l'apprentissage ainsi que du personnel enseignant et de l'ensemble du personnel travaillant dans les établissements d'enseignement.

Quelques données statistiques

En 1947-48, première année scolaire où les T.R. ont été faites
Effectif total: 69.840 élèves.

Cuti-Réactions: 31.143

dont 4.124 de positives

En 1951-52

Effectif total: 82.059 élèves

Cuti-Ré. déjà+: 9.177

Cuti-R. faites: 62.087

Cuti-R. + : 2.632

Cuti-R. - : 57.160

Cuti-R. ? : 596

soit parmi les sujets dont l'allergie était connue ou a été vérifiée de manière précise: 17% de sujets à Cuti-R. +, mais 10.795 élèves n'ont pas subi de T.R.

En 1952-53

Effectif total: 86.190 élèves

Cuti-R. déjà +: 9.688

Cuti-R. lues : 59.422

Cuti-R. + : 2.196

Le pourcentage de Cuti-Réactions + parmi les élèves dont l'allergie a été contrôlée ou était déjà connue, est donc de 17% environ. Le nombre des virages produits de l'année scolaire 1951-52 à l'année scolaire 1952-53 ne peut être précisé. Regrettons aussi que les statistiques ne soient pas plus explicites sur l'âge des enfants, qui varie de 6 à 14 ans. Enfin, il y a environ 17.080 enfants dont nous ignorons la nature de leur réaction vis à vis de la Tuberculine.

Il y eut 13.626 examens radiologiques:

dont: 11.000 au centre médico-scolaire de Grenoble
et 2.626 faits par les soins de l'Hygiène
scolaire dans les dispensaires.

Le détail des résultats échappe à la Médecine Préventive scolaire et appartient au Centre Médico-scolaire de Grenoble et aux dispensaires.

2°) Les Etablissements publics du Second degré
du Technique et de l'Apprentissage.

Selon l'arrêté, toujours en vigueur, du Ministère de l'Education Nationale en date du 20-11-45, le contrôle médical dans ces établissements comporte:

- Deux visites annuelles,
 - = la première pendant le 1er trimestre scolaire: c'est la visite d'automne,
 - = la deuxième; au début du 3ème trimestre scolaire, c'est la visite de printemps.
- La dépistage de la tuberculose par: une T.R. annuelle
un examen radioscopique
annuel

Cet arrêté prévoit que le médecin examinateur peut demander en cours d'année des examens radiologiques supplémentaires. L'arrêté fut strictement appliqué dans l'Académie de Grenoble jusqu'en 1950, mais l'usage a montré la nécessité d'y porter quelques modifications. Il est apparu en effet

- que la deuxième visite, dite de printemps, ne présentait un intérêt médical réel que pour un petit pourcentage d'enfants déficients, d'où l'idée de procéder au 3ème trimestre à un examen sélectif de médecine générale.

- qu'il vaudrait mieux pratiquer deux T.R. par an plutôt qu'une, ce qui ramène à 6 mois l'écart maximum entre la contamination tuberculeuse et la vérification de l'état d'allergie, et qui tient compte, par ailleurs, de l'importance numérique des primo-infections se produisant entre l'automne et le printemps.

- qu'il y a tout intérêt à pratiquer deux examens radioscopiques par an, celui d'automne se montrant surtout sélectif, tandis que celui du printemps est systématique pour les mêmes raisons qui ont amené à pratiquer des T.R. au printemps.

Et c'est ainsi, qu'en accord avec le Ministère de l'Education Nationale, depuis le 1er/10/50, le contrôle médical des élèves des Etablissements du Second Degré, du Technique et de l'Apprentissage de l'Académie de Grenoble, dont l'importance pour le dépistage de la Tuberculose est indiscutable, se présente comme suit:

1°) Visite d'Automne

- a) Examen clinique de médecine générale obligatoire pour tout l'effectif.
- b) T.R. pour tous les élèves jusque là négatifs.
- c) Examen radioscopique pulmonaire, sélectif, réservé aux catégories suivantes:
 - = Elèves présentant un virage de T.R. (par priorité)
 - = Elèves cliniquement suspects de Tuberculose
 - = Elèves dont le virage de Cuti-R. date de moins de 18 mois
 - = Elèves nouveaux
 - = Futurs candidats aux concours d'entrée dans les écoles normales primaires
 - = Elèves originaires de la France d'Outre-Mer (bénéficient d'ailleurs d'un examen radioscopique trimestriel)

2°) Visite de Printemps.

- a) Examen clinique de médecine générale sélectif, limité aux élèves déficients, c'est-à-dire appartenant aux catégories suivantes:
 - = Elèves signalés comme "à revoir" par le médecin examinateur au cours de la visite d'automne
 - = Elèves dont la croissance pondérale ou staturale est déficiente depuis la visite d'automne
 - = Elèves ayant présenté, au cours du semestre une maladie grave ou une intervention chirurgicale
 - = Elèves signalés comme "à revoir" par le chef d'Etablissement ou les professeurs
 - = Elèves à revoir sur demande des familles ou des médecins traitants.
- b) T.R. pour tous les élèves à T.R. négative le

semestre précédent.

- c) Examen radioscopique thoracique obligatoire pour la totalité de l'effectif.

Locaux - Equipement - Personnel

Outre la camionnette radiologique déjà signalée, il existe :

- un appareil radioscopique au Lycée de Garçons de Grenoble,
- un appareil radioscopique au Lycée de Jeunes Filles de Grenoble,
- Un appareil radioscopique à l'Ecole professionnelle de Garçons de Voiron.
- " " " " l'Ecole professionnelle de Jeunes filles de Vizilles.

Les médecins qui sont chargés du dépistage radioscopique de la tuberculose sont suivant les cas :

- des médecins-phtisiologues des dispensaires
- des médecins-phtisiologues praticiens
- des médecins examinateurs scolaires.

Voici quelques données statistiques sur le fonctionnement de la Médecine Préventive scolaire, concernant le dépistage de la tuberculose, ces dernières années.

cf Tableaux n°5 et n°6

	Automne 1951		Printemps 1952	
Nbre total d'élèves inscrits			9.809	
Nbre total d'exam. radio pratiqués	3.108		9.752 =	
			99% de l'effectif	
Nbre total d'I. T. N.	3.049		9.374	
	Etat Pathologique		Etat Pathologique	
	Dépisté	Connu	Dépisté	Connu
Tuberculose paraissant évolutive et nécessitant des mesures de cure ou une mise en observation	38=1;2 %		26=0;2 %	
Dont:				
-Primo inf. avec image R. notable	28	4	14	6
-Nodules peu nombreux ou infiltrat limité	2		9	
- Infiltrat étendu ou lobite	5		2	
- Tuberculose cavitaire	3	-	1	-
- Tuberc. étendue ou miliaire	-	-	-	-
- Autres lésions tuberc.		4		2
Cas douteux	4	2	9	2
Tuberc. inactive cicatricielle	4	38	5	67
Images patho. pleuro-pulm non tuberculeuse	3	2	56	25
Nbre de virages de R.R.	<u>196</u>		<u>187</u>	

TABLEAU N°6

	Automne 1952	Printemps 1953
Nbre total d'élèves inscrits	12.173	12.217
Nbre total d'exam. radios pratiqués	6.591	11.724 = 95 %
Nbre total d'I.T.N.	6.403	11.523
Etat pathologique	Etat pathologique	
Dépisté	Connu	Dépisté
		Connu
Tuberculose paraissant évolutive et nécessitant des mesures de cure ou une mise en observation	21 = 0,3%	15 = 0,1%
Dont:		
-Primo-inf. avec image radio notable	15	9
-Nodules peu nombreux ou infiltrat limité	1	4
-Infiltrat étendu ou lobite	2	1
-Tuberculose cavitaire	-	-
- Tuberc. étendue nodulaire ou miliaire	-	-
- Autres lésions tuberc.	3	2
Cas douteux	2	7
Tuberc. inactive cicatricielle	21	19
Images patho- pleuro-pulm. non tuberc.	84	58
Nbre de virages de T.R.	231	-

En conclusion la pratique d'un examen médical systématique en Automne et sélectif en Printemps n'a pas rencontré de difficultés, mais elle nécessite un choix judicieux des élèves considérés comme déficients. Soulignons ici, dans ce choix l'importance du rôle joué par les Assistantes sociales d'Hygiène Sociale, dont la collaboration avec le corps médical les professeurs et la famille est d'un grand secours.

La pratique des deux T.R. annuelles chez les élèves jusque là négatifs n'a guère soulevé d'incidents et le nombre important des virages constatés généralement au Printemps justifie amplement cette mesure.

Il en est de même pour l'institution d'un double examen radioscopique, dont celui d'Octobre doit tendre à devenir obligatoire pour tous dans la mesure des possibilités.

Au sujet des T.R., soulignons l'intérêt de la recherche dans les collectivités scolaires du pourcentage des virages, en dehors de l'examen du pourcentage brut des T.R. positives et négatives, qui reflètent une tuberculisation récente aussi bien qu'ancienne, ainsi que l'a montré le Dr Lagot dans l'Académie de Grenoble. Ainsi là où le pourcentage des virages de T.R. reste faible (1 à 2 % par exemple) il n'y a rien de suspect. Mais s'il s'élève brusquement, parfois jusqu'à 50% de l'effectif et plus, il y a sûrement un ou plusieurs contamineurs à déceler le plus rapidement possible.

3°) L'Université

Les prescriptions légales (Décret du 11/4/46) comportent annuellement:

- un examen clinique de médecine générale
- un examen radiologique du thorax
- une réaction tuberculinique
- des examens complémentaires, si nécessaire.

A l'Université de Grenoble, cet examen clinique de Médecine générale est pratiqué, contrairement à ce qui se passe en général à l'Université de Paris, par exemple.

La T.R. est une intra-dermo réaction à 10 unités depuis l'année scolaire 1952-53.

L'examen radiologique du Thorax est une radioscopie.

En plus de ces examens obligatoires, il y a possibilité de nouveaux examens cliniques et radioscopiques, gratuits, pour les étudiants qui se sentent déficients.

Signalons qu'à l'Université de Grenoble, l'initiative a été prise en 1952 après autorisation ministérielle, de remettre le plus tôt possible à l'étudiant en général majeur, une carte lettre personnelle mentionnant les différents résultats enregistrés au cours de l'examen médical.

Locaux - Equipement - Personnel

Il existe un Centre de Médecine Préventive Universitaire à Grenoble, 10 rue de Belgrade, possédant un appareil radiologique pour scopie et graphie. (1).

Le personnel médical, dont l'activité est coordonnée par le médecin directeur technique de la M.P.U. comprend:

- des médecins-praticiens honorés à l'acte (65 frs par examen clinique)
- des médecins phthisiologues praticiens honorés à l'acte (45 frs par scopie)

Le personnel para-médical qui assiste les médecins du Service de M.P.U. comprend:

- deux Assistantes Sociales Universitaires
- une adjointe administrative

dont les traitements sont pris en charge par le Service de M.P.U. et par le Comité Régional des Oeuvres Sociales en faveur des Etudiants.

(1) Note

Signalons que dans le même bâtiment sont réunis avec le Service de M.P.U.

- Le Comité Régional des Oeuvres en faveur des Etudiants
 - Le Bureau Universitaire d'Informations sur les Carrières (BUIC)
- suite p. 37

Voici quelques données statistiques sur le dépistage de la Tuberculose, ces dernières années.

cf Tableaux N^{os} 7 et 8

suite de la note de la P. 36

- l'OFFICE du Tourisme Universitaire.

UNIVERSITE DE GRENOBLE

Année 1946 - 47

- Nombre d'étudiants inscrits	3.394		
- " " dispensés de la M.P.U..(1)...	516		
- " " soumis à l'ex. de la M.P.U..	2.878		
- " " examinés	2.532	87	%
- " de T.R. positives	1.131	56	%
- " de T.R. négatives	876	44	%
- " d'anomalies tuberculeuses dépistées	17	0,7	%
dont: Tuberculoses tertiaires	10	0,4	%
Tuberculoses primo-secondaires ...	7	0,3	%
- <u>Placements</u>	15		
- Vaccination au B.C.G.	4		

N.B. (1) dispensés parce qu'inscrits à deux universités, candidats à l'agrégation, etc...

TABLEAU N° 8

UNIVERSITE DE GRENOBLE

! Année 1951-52 ! Année 1952-53

	!	!	!	!
Nbre d'étudiants inscrits.....	3.841	!	%	!
Nbre d'étud. dispensés de la M/P/U.(1)	379	!	!	!
" " soumis à le M.P.U.....	3.462	!	!	!
" " examinés	2.949	!	85	!
" " ayant subi cuti et I.D.R!	1.305	!	!	!
- T.R. positives	125	!	!	!
		!	!	!
- T.R. négatives	981	!	!	!
- Résultats inconnus ..	199	!	!	!
Nbre d'étud. non testés	1.644	!	!	!
déjà fait et T.R. +	1.636	!	!	!
Refus	8	!	!	!
Virages de l'année précédente à celle!		!	!	!
en cours	79	!	!	!
Nbre d'étud. ayant subi la scopie sys!		!	!	!
tématique	2.949	!	!	!
Nbre d'examens complémentaires demandés	211	!	!	!
Nbre d'anomalies tuberculeuses dépistées	4	!	0,13	!
				6 ! 0,18

Au total, au cours de l'année scolaire 1946-47, le Service de M.P.U. a dépisté après 2.532 examens, 17 cas de Tuberculose, soit une moyenne de 7/1000, chiffre considérable comparé à celui de l'année scolaire 1945-46, où sur 1.890 examens ont été dépistés 8 cas de Tuberculose, soit 4/1000.

Au cours de l'année scolaire 1951-52, pour 2.949 examens ont été dépistés 4 cas de Tuberculose, soit 1,3/1000 et en 1952-53 sur 3.284 sujets examinés, 6 cas de Tuberculose soit 1,8/1000.

DANS L'ensemble, 85 % des étudiants astreints aux examens de la M.P.U. à l'Université de Grenoble, les ont subis. Le déchet de 15 % est constitué d'étudiants qui abandonnent leurs études en cours d'année ou ne se présentent pas aux examens. Le nombre de refus de T.R. est peu élevé. Quant au nombre de T.R. non contrôlées, qui relèvent en général de l'insouciance de l'étudiant, il est passé de 199 en 1951-52 à 38 en 1952-53. Le progrès de l'Education Sanitaire joints à l'application stricte des sanctions en cas de non-observance des prescriptions légales doivent faire encore reculer ce dernier chiffre.

Enfin après le grand coup de filet des années d'après-guerre, surtout de l'année 1946-47, où le dépistage systématique a permis de déceler 17 cas de Tuberculose, soit 7/1000, dus probablement en grande partie aux conditions de vie difficile de l'étudiant dans l'après-guerre, nous parvenons maintenant à des taux bas, soit 1,3/1000 en 1951-52 et 1,8/1000 en 1952-53.

Notons ici le pourcentage des Etudiants soignés au Sanatorium de St Hilaire du Touvet (Fondation "Sanatorium de Etudiant de France") dont la maladie a été découverte par le dépistage universitaire en général.

En 1949 sur 271 entrants, 45 % de dépistés

En 1950 sur 285 " , 40 % " "

En 1951 sur 305 " , 35 % " "

Quoique ces chiffres ne reflètent pas l'activité du seul Service de P.M.U. de Grenoble, puisque les malades de la Fondation viennent de toute la France, ils nous paraissent justi-

fier la poursuite de cet effort de dépistage et en assurer la rentabilité.

Enfin, pour terminer, il nous faut constater qu'une proportion importante d'Etudiants a encore une T.R. négative, soit près de 35 % en 1951-52 sur 2.742 étudiants dont on connaissait les réactions à la tuberculine, il y avait :

1.761 T.R. +, soit 64 %

981 T.R. -, soit 35 %.

En 1952-53, sur 3.295 étudiants dont l'allergie a été contrôlée ou était déjà connue, il y avait:

2.178 T.R. +, soit 67 %

1.057 T.R. -; soit 33 %

En tenant compte de l'augmentation du pourcentage de T.R. + par rapport à l'année précédente, augmentation due probablement à la pratique de l'intra-dermo réaction, on voit que la proportion d'étudiants à T.R. négative est de 35 % environ, ce qui pose avec acuité le problème de la vaccination au B.C.G. Jusqu'en 1951-52, il y eut quelques cas de vaccination au B.C.G. par le Centre de Médecine préventive universitaire de Grenoble. Celui-ci a cessé cette pratique, qui d'ailleurs n'avait jamais connu un grand développement, au bénéfice du Centre de Vaccination qui devait être créé à Grenoble et qui l'a été en Janvier 1954.

Nous donnons ici, à titre documentaire, le tableau de dépistage de la Tuberculose à l'Université de Grenoble de 1936 à 1949. (1)

(1) in "l'efficacité de 25 ans de lutte antituberculeuse dans un département français" par E. berthet et J. Crabol.

TABEAU N° 9

ANNEES	! Etudiants examinés	! Tuberculose dépistée	! Cuti-Réactions
	!	!	! +
1936-37 !	236 (a)	! 9 soit 2 %	! -
1937-38 !	335 (a)	! 3 soit 0,8 % (b)	! -
1938-39 !	382 (a)	! 6 " 0,9 % (b)	! -
1940-41 !	1.168	! 3 " 0,26 %	! 60 %
1941-42 !	1.418	! 4 " 0,28 %	! 51 %
1942-43 !	2.559	! 8 " 0,31 %	! 63 %
1943-44 !	1.771	! 3 " 0,16 %	! 50 %
1944-45 !	2.283	! 5 " 0,31 %	! 58 %
TOTAUX !	10.252	! 23 " 0,26 %	! 56 %

Notes: (a) de 1936 à 1939, l'examen était limité aux seuls étudiants de première année des diverses facultés.

(b) de 1936 à 1939, ont été relevés non seulement les étudiants tuberculeux méconnus et dépistés, mais tous les tuberculeux connus et inconnus; la proximité de St Hilaire du Touvet explique que de nombreux étudiants porteurs de pneumo-thorax par exemple, soient inscrits à l'Université de Grenoble.

Si nous exceptons les trois premières années où sont groupés indistinctement les sujets dépistés et les sujets tuberculeux connus, nous notons que le taux de dépistage était alors sensiblement plus élevé que maintenant, le taux moyen étant de 2,6/1000 contre 1,3/1000 en 1951-52 et 1,8/1000 en 1952-53.

4°) Le Personnel de l'Enseignement

Pour clore ce chapitre du dépistage, il nous faut parler du personnel de l'Enseignement, c'est-à-dire:

- le personnel enseignant,
- et l'ensemble du personnel travaillant dans les Eta-

blissements d'Enseignement de tous ordres, du Recteur de l'Académie à la femme de ménage de l'école primaire.

Ce personnel de l'Enseignement est soumis selon l'Ordonnance du 18/10/45 à un examen périodique de dépistage, au moins tous les deux ans, en dehors de celui qui précède leur entrée en fonction.

Dans le département de l'Isère, chaque sujet est examiné à la radioscopie, en général, une fois tous les deux ans, chaque année la moitié de l'effectif étant examinée. Voici quelques données statistiques sur la surveillance de ce personnel, ces dernières années.

TABEAU N° 10

	! 1949-50	! 1951-52	! 1952-53
Effectif total	5.541	5.500	5.962
Exam. scopiques	2.473	3.461	3.928
Exam. normaux	2.482	3.378	!
Exam. complémentaires	21	83	!
Sujets mis en congé de longue durée pour tuberculose.!	2	4	6
	!0,8/ 1000	!1;1/1000	!1,5 / 1000

En outre, signalons 17 sujets traités, sous surveillance médicale.

Nous ne pouvons terminer ce paragraphe sans formuler le vœu que le personnel de l'Enseignement soit soumis à des examens de dépistage aussi fréquemment que les élèves et les étudiants, étant donné la gravité d'une atteinte tuberculeuse chez un de ses membres.

Financement et Coût de Fonctionnement

Le financement de la prophylaxie antituberculeuse est assuré par l'Etat pour:

- le personnel enseignant et l'ensemble du personnel travail.

- lant dans les Etablissements d'Enseignement de tous ordres.
- pour les élèves des centres d'apprentissage.
 - pour les élèves des établissements d'enseignement du 1er degré, en ce qui concerne l'examen clinique et le T.R.

Ce financement est assuré en partie par l'Etat, en partie par les familles, pour:

- les élèves des établissements du 2ème degré et du technique.
- les étudiants.

La còtisation annuelle des familles ou des étudiants est de trois cents francs. (Décret du 23/5/52)

Pendant l'année 1952, le coût total du fonctionnement du Service d'Hygiène Scolaire dans le département de l'Isère a été de: 20.500.000 francs environ, ceci pour assurer la surveillance médicale de 100.000 enfants, les T.R. systématiques et les examens radiologiques, la surveillance de la santé du personnel de l'enseignement, le contrôle de la salubrité des locaux scolaires, etc...

Pour l'année scolaire allant du 30/9/51 au 30/9/52 le budget de la M.P.U. de l'Académie de Grenoble a eu:

comme recette: 1.758.954 francs

comme dépense: 1.066.500 francs

ceci pour un total de 3.993 étudiants.

Pour l'année scolaire allant du 30/9/52 au 30/9/53, le projet du budget prévoyait 2.327.000 francs environ.

3°) LA MEDECINE DU TRAVAIL

Au moins depuis 1942-43 et la loi du 28 Juillet 1942

"relative à l'organisation des Services médicaux et sociaux du Travail" le dépistage de la Tuberculose a été entrepris dans les milieux ouvriers de notre département par les médecins-phtisiologues de ce département et nous pouvons reproduire ici une statistique publiée en 1943, concernant 19 Etablissements métallurgiques groupés par l'Union mutualiste inter-atelier de Grenoble.

cf tableau n° 11.

Après la guerre, la loi du 11 Octobre 1946 a organisé les Services Médicaux du travail. Elle est précisée par le décret du 26/11/46 qui prescrit:

- une visite d'embauchage, qui doit avoir lieu avant l'embauchage ou au plus tard dans les 10 jours qui suivent. Cet examen médical, qui a pour but de déterminer:
 - = si le sujet est médicalement apte au travail envisagé,
 - = les postes qui lui conviendraient le mieux et ceux auxquels, du point de vue médical, il ne doit pas être affecté,
 - = s'il n'est pas atteint d'une affection dangereuse pour ses camarades,

comportera obligatoirement une radioscopie thoracique

- des examens médicaux périodiques au moins une fois l'an. Les sujets de 18 ans (de moins de 18 ans) en subiront tous les trois mois. Ces examens médicaux comportent généralement une radioscopie thoracique.
- des examens complémentaires peuvent être réclamés en cas de nécessité, des radiographies par exemple. Ils seront faits aux frais de l'employeur.

Les Services médicaux du Travail doivent être agréés par le Ministre du Travail et de la Sécurité Sociale. Chaque année, le chef d'Entreprise ou le Comité inter-entreprises doit établir un rapport sur l'organisation, le fonctionnement et la gestion

financière du Service médical qui doit être adressé par l'intermédiaire du Comité d'Entreprise ou inter-entreprises à l'Inspecteur du Travail et au Médecin-Inspecteur du Travail dont dépend l'entreprise ou l'organisation inter-entreprises.

Personnel - Locaux

Il s'agit, d'une manière générale, pour le dépistage de la Tuberculose, de médecins-phtisiologues du département, mais ce n'est pas réalisé dans la totalité des cas. Dans certains établissements, les examens radioscopiques sont effectués par des médecins du travail.

Ces examens ont lieu soit à l'Usine même, à l'aide d'un camionnette radiologique, soit dans les Centres fixes. En général, les examens complémentaires, telles les radiographies, sont effectuées au dispensaire de la localité.

Nous n'avons pu obtenir de données statistiques pour l'ensemble du département, et nous sommes forcés de nous contenter de résultats fragmentaires qui nous ont été obligeamment fournis par certains Services médicaux inter-entreprises. Par ailleurs, échappent aux résultats que nous donnons, les dépistés aux visites d'embauchage. Ceci réduit singulièrement la valeur des chiffres que nous allons citer maintenant.

Nous communiquons pour l'année 1952 d'abord des résultats globaux, puis nous donnerons le détail pour les différents établissements sur plusieurs années.

cf tableau n° 12

Ceci pour les Services inter-entreprises de Bourgoin, Pont-Beauvoisin, Voiron, Vienne, certains établissements de Grenoble et le Service de Médecine du Travail du Bâtiment et des Travaux Publics.

Voyons maintenant ces différents établissements dans le détail.

cf tableau n° 13

En conclusion, les examens systématiques exécutés par

les Services de Médecine du Travail, que nous avons pu consulter permettent le dépistage de la Tuberculose à des taux voisins de ceux constatés jusqu'ici, soit 2,5/1000 en moyenne. Regrettons l'absence de statistiques d'ensemble sur le dépistage de la Tuberculose dans le milieu ouvrier et souhaitons qu'il soit créé un organisme de centralisation des résultats obtenus par les différents Services médicaux d'entreprises et d'interentreprises.

TABLEAU N° 11

RADIOSCOPIES SYSTEMATIQUES PRATIQUES DANS 18 ETABLISSEMENTS METALLURGIQUES DE GRENOBLE 1942-1943		
- Ouvriers convoqués	4.905	
- Ouvriers examinés	3.805	soit 77,5 %
- Cas anormaux	114	
- Tuberculoses ouvertes	11	soit 2,8 pour 1000
- Images non tuberculeuses	60	soit 15 pour 1000

STATISTIQUES DES SUSPECTS PAR FAMILIE PROFESSIONNELLE			
	<u>Examinés</u>	<u>Suspects</u>	<u>%</u>
- Métallurgie	2.252	68	3
- Ganterie	530	19	3,5
- Tissage	722	19	2,5
- Banque	249	6	2,4
- Confiserie	52	2	4

TABLEAU N° 12

1 9 5 21		
- Nombre de sujets examinés ...	23.650	
- Nombre de tuberculose paraissant évolutives et nécessitant des mesures de cure ou tout au moins une mise au repos	58	soit 2,4 pour 1000

TABLEAU N° 13

Année 1952

	1	2	3	4	5	6
Nbre d'examens scopiques	2700	550	4660	6487	3615	5638
Nbre de cas de tuberc. parais-						
sant évolutive et nécessitant						
des mesures de cure ou une mi-	6	2	8	16	9	17
se en observation						
	12/1000	3,6	1,7	2,4	2,5	3
	1000	1000	1000	1000	1000	1000

Année 1953

	1	2	3	4	5	6
Nbre d'examens scopiques	2700	231	4173		3510	7000
Nbre de cas de tuberc. parais-						
sant évolutive et nécessitant						
des mesures de cure ou une mi-	5	-	5		9	11
se en observation						
	1,8		1,2		2,5	1,5
	1000		1000		1000	1000

Dépistage de la Tuberculose par le Médecine du Travail

Légende: 1 = Bourgoin
 2 = Pont de Beauvoisin
 3 = Vienne
 4 = Voiron
 5 = Un établissement de Grenoble
 6 = Entreprise du Bâtiment et Travaux Public du département de l'Isère.

4°) LE SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE

Sans nous étendre longuement sur l'historique de la prophylaxie antituberculeuse dans l'armée, nous devons souligner que les Services de santé militaire ont été les premiers à utiliser les rayons X de manière systématique dans le dépistage de la Tuberculose.

Pour étudier la prophylaxie antituberculeuse par le Service de Santé Militaire, il nous faut considérer deux groupes de sujets:

- les militaires appelés ou jeunes recrues
- les militaires de carrière.

a) Les militaires appelés subissent un premier examen, qui est celui du Conseil de Révision. Il s'agit d'un examen clinique, ne comportant pas d'examen radiologique, à moins que l'anamnèse ou les résultats de cet examen clinique ne conduisent à le faire. Lors de leur appel, un deuxième barrage, plus sérieux, est constitué par la visite d'incorporation, plus détaillée que la précédente et qui comprend systématiquement:

- une cuti-réaction,
- un examen radioscopique thoracique.

Si ce dernier examen est normal, le sujet est incorporé; s'il existe des lésions pathologiques, il est orienté alors vers le dispensaire.

Au cours des 18 mois que dure actuellement le service militaire se situe un nouvel examen radioscopique systématique. L'existence de signes fonctionnels et généraux peut conduire à pratiquer un examen radiologique, naturellement, en dehors des examens systématiques prévus.

Avant la démobilisation, il y a une visite de démobilisation avec examen radioscopique obligatoire.

b) Les militaires de carrière subissent une visite d'engagement très sévère. L'examen radioscopique est obligatoire et est plus poussé que lors de la visite d'incorporation. Si une anomalie est décelée, le sujet est confié à un phthisiologue-expert qui tranchera.

Durant les 18 premiers mois, tout se passe comme pour le militaire appelé. Au-delà de 18 mois, tous les militaires de carrière doivent se soumettre à un examen radioscopique systématique annuel. Le sous-officier, qui veut passer dans le corps des sous-officiers de carrière doit subir une expertise médicale. Il en est de même pour les officiers, qui avant d'être nommés, doivent subir un examen général et une expertise phthisiologique.

c) Dans le cas particulier des Territoires d'Outre-Mer, tout militaire désigné pour un territoire d'Outre Mer doit subir un examen radioscopique thoracique, de même tout militaire qui revient d'un territoire d'Outre-Mer.

La ville de Grenoble étant le Centre d'une subdivision militaire qui déborde largement le cadre du département de l'Isère, seulement un 1/10 des malades traités dans le Service de Phtisiologie de l'Hôpital Militaire de la Tronche provient de ce département. Ce Service de Phtisiologie comprend 108 lits. Il fait à la fois fonction de Dispensaire pour les malades anciens et les familles des militaires, d'hôpital et de sanatorium de demi-altitude. Enfin c'est en des deux centres de traitement des légionnaires tuberculeux. (L'autre se trouvant à Vannes)

Nous donnons ici quelques chiffres sur le dépistage systématique de la Tuberculose pulmonaire par le Service de Santé militaire ces deux dernières années.

En 1952, il y eut:

- 4.134 examens radioscopiques
concernant les jeunes recrues
les cadres et les militaires
du contingent.

- 514 anomalies diverses furent notées.

- 100 radiographies demandées

- 2 cas de Tuberculose pulmonaire dépistés, soit 0,5/100

En 1953, il y eut:

- 3.140 examens radioscopiques concernant les jeunes recrues

- 96 radiographies furent demandées
- 2 cas de Tuberculose pulmonaire dépistés, soit: 0,6 pour 1000
- 1.319 examens radioscopiques concernant les cadres et les militaires du contingent
- 33 radiographies furent demandées
- 4 cas de Tuberculose pulmonaire dépistés, soit 3/1000 et pour l'ensemble de l'année 1953: 1,8/1000

Dans le cas des jeunes recrues, ces sujets sont rarement à leur premier examen radioscopique, ayant déjà été l'objet de surveillance de la part de la médecine préventive scolaire et universitaire, ou de la médecine du travail.

5°) LES SERVICES MEDICAUX DE LA CROIX-ROUGE FRANCAISE ET DE LA SECURITE SOCIALE.

La Croix-Rouge Française

Durant la dernière guerre, en 1942, un certain nombre de personnalités dont le Directeur régional de la Santé, le président de l'Association des producteurs des Alpes Françaises, le Président de la Croix-Rouge Française, prirent l'initiative de créer à Grenoble un centre de médecine préventive fixe, muni d'un appareillage de radiophotographies et de radioscopie. Cet organisme privé fut ensuite pris en charge par la Croix-Rouge Française, lorsque celle-ci réalisa sur tout le territoire un réseau de centres régionaux de radiologie systématique. Ses moyens d'action s'enrichirent alors d'un camion radiophotographique, et sous la direction du médecin-général Bergeret, le dépistage prit une nouvelle ampleur, notamment dans les milieux ouvriers et scolaires, comme le montrent les statistiques ci-dessous.

cf Tableau n° 14.

=====

! Le Rendement du Centre Régional de Radiologie Systématique de	!
! la Croix-Rouge Française de Grenoble. (Rayon d'action de son	!
! camion Radiophotographique sur 4 départements: Isère, Drôme,	!
! Haute-Savoie, Savoie).	!

=====

! <u>Années</u>	<u>Nombre d'examens pratiqués</u>	!
! 1944	5.491	!
! 1945	7.800	!
! 1946	45.227	!
! 1947	51.920	!

=====

Sur ce nombre d'examens pratiqués, nous ignorons quel fut le pourcentage exact de tuberculeux dépistés. Nous pouvons seulement signaler qu'en 1947, sur près de 52.000 examens, dont la plupart par radiophotographie, 1.594 images ont été signalées comme suspectes et nécessitant des examens complémentaires de vérification.

Depuis 1949, l'activité de ce Service a beaucoup diminué. A cela plusieurs raisons. D'une part les Services de Médecin préventive scolaire et universitaire et de la Médecine du travail

ont progressivement, par leurs examens radioscopiques réguliers, supplanté le dépistage occasionnel par le film dans les collectivités ouvrières, administratives et scolaires. D'autre part, le nombre de cas reconnus comme suspects et ayant nécessité à ce titre des examens secondaires est très élevé et rend ce dépistage particulièrement onéreux pour la Croix-Rouge Française, d'où son abandon.

En 1949 ce pourcentage était de 31/1000 pour les scolaires
59/1000 pour les administrations
42/1000 pour les ouvrières

cf tableau n°15

Radiophotographies par camion						
Collect. scolaires	suspects	administratives	suspects	ouvrières	suspects	
Année 1949	!	!	!	!	!	!
322	31/1000	1.049	59/1000	3.074	42/1000	

Nous donnerons ici les résultats du dépistage par la radioscopie systématique. Ce dépistage concerne uniquement les collectivités de Grenoble et a lieu dans un Centre fixe, qui est le Dispensaire de la Croix-Rouge Française, 6 rue Kléber à Grenoble.

Cf tableau n°16

Notons que depuis 1949, le nombre d'examens pratiqués a diminué régulièrement de manière très sensible. Nous avons vu précédemment les causes de cette diminution. Si nous ne pouvons comparer de manière très stricte les pourcentages des cas suspects, les examens ayant été pratiqués par des médecins phthisiologues différents, il nous paraît cependant qu'ils indiquent une baisse notable de ces cas au cours des années envisagées. Nous

trouvons, en effet, 2,6/1000 de suspects en 1952 au lieu de 6,4/1000 en 1949 chez les scolaires, 3,76/1000 de suspects en 1952 au lieu de 5/1000 en 1949 chez les administrations, 5,88/1000 de suspects en 1952 au lieu de 9,3/1000 en 1949 pour les ouvriers.

Enfin, il ne nous est pas possible d'indiquer de façon précise le nombre de cas de Tuberculose qui ont été confirmés par les radiographies. Les sujets suspects sont, en effet, orientés vers le Dispensaire de Grenoble, et, outre le déchet inévitable de négligents, qui font fi de cet avertissement, les cas vérifiés sont noyés : dans les statistiques d'ensemble du Dispensaire.

TABLEAU N° 16

RADIOSCOPIE A POSTE FIXE: GRENOBLE							
ANNEES	Scolaires	Suspects %	Administratives	Suspects %	Ouvrières	Suspects %	Totaux
1948							14.943
1949	17.183	16,4	12.990	15	15.641	19,3	15.814
1950	16.591	13,6	13.037	17,05	14.108	17,05	13.736
1951	15.600	15,18	13.275	14,88	13.887	13,85	12.762
1952	13.885	12,06	13.183	13,76	12.549	18,88	9.617

La Sécurité Sociale

L'Ordonnance du 19 Octobre 1945 qui fixe le régime des Assurances Sociales applicables aux assurés des professions non agricoles prévoit à son article 31 que "la Caisse doit soumettre l'assuré et les membres de sa famille, à certaines périodes de la vie, à un examen de santé gratuit"....

"En cas de carence de la Caisse, l'assuré et les membres de sa famille peuvent demander à subir cet examen..."

Les Modalités d'application du présent article sont fixées par le règlement général d'administration qui prévoit toute mesure utile pour éviter le double emploi de cet examen de santé avec les autres visites de médecine préventive, qui sont organisées en application d'une autre disposition législative ou réglementaire.

L'arrêté du 19 Juillet 1946 détermine les périodes de

la vie auxquelles doivent être pratiqués les examens de santé, ainsi que la nature de ces examens et les modalités selon lesquelles ils sont effectués. Neuf examens sont ainsi prévus de la naissance jusqu'à l'âge de 60 ans. Les quatre premiers examens, qui s'échelonnent de 6 mois à 14 ans pour les garçons et 13 ans pour les filles comportent obligatoirement une réaction tuberculinique et en cas de positivité d'exploration radiologique des poumons. Il est certain que les épreuves tuberculiniques ne seront faites aux 2ème, 3ème et 4ème examens que si elles avaient été négatives antérieurement. Mais il faut ajouter que, dans tous les cas, dès le 3ème examen, il est prescrit un examen radioscopique ou radiophotographique du thorax.

Ces mesures législatives, que nous venons de rappeler nous intéressent directement pour le dépistage de la Tuberculose. Elles ont pu entrer en vigueur dans certains départements, celui de la Seine notamment. Mais dans notre département, il se trouve que la plupart des assurés sociaux ou leurs ayant-droits sont déjà soumis à des examens systématiques, dans le cadre de la Médecine du Travail, de la Protection maternelle et infantile ou de la Médecine préventive scolaire et universitaire. Il reste cependant certain qu'un petit nombre d'ayant-droits d'assurés sociaux (conjointe non assurée sociale, par exemple) échappe à toute visite systématique. Dans la pratique, aucune mesure particulière n'a été prise par la Caisse primaire de Sécurité Sociale de Grenoble à l'égard de cette minorité qui échappe aux autres dispositions. Signalons cependant que la Commission d'Action Sanitaire et Sociale de cette caisse a manifesté son intérêt pour cette question en suggérant qu'une propagande soit faite près des assurés sociaux, afin de porter à leur connaissance les dispositions légales prévues en leur faveur, et qu'ils ignorent le plus souvent.

6°) LE DEPISTAGE DE LA TUBERCULOSE PAR LE MEDECIN PRATICIEN.

Ici, à proprement parler, il ne s'agit pas, en général,

de dépistage vrai, mais du diagnostic de la Tuberculose chez un sujet qui vient consulter pour des troubles fonctionnels et généraux divers, qui n'orientent d'ailleurs pas forcément l'attention vers l'appareil respiratoire.

Les cas diagnostiqués par les médecins praticiens et soignés à domicile, échappent à toute statistique et ne pourraient être connus qu'avec l'application de la loi sur la déclaration obligatoire de la Tuberculose votée en 1945 par le Parlement, mais dont la mise en vigueur est soumise à une deuxième lecture préalable, qui n'a jamais été faite jusqu'ici.

En conclusion, selon la formule du Pr. E. Bernard, "la prophylaxie de la Tuberculose est de plus en plus une prophylaxie de collectivités systématiquement surveillées" (1)

Nous avons étudié le dépistage de la Tuberculose par différents organismes d'importance variable: les dispensaires départementaux d'Hygiène sociale, qui demeurent la pièce centrale du dispositif antituberculeux, les Services de Médecine préventive scolaire et universitaire de Médecine du Travail, les Services de Santé militaire, le dispensaire de la Croix-Rouge.

Il ne nous est guère possible de comparer les résultats obtenus par ces différents organismes et notamment les taux de dépistage des dispensaires et ceux des autres services, car il ne s'agit pas du même dépistage. Les dispensaires effectuent à la fois du dépistage électif, du dépistage systématique dirigé, et du dépistage individuel orienté qui lui, n'est pas systématique, d'où le rendement élevé qu'ils obtiennent. En 1952, par exemple, le pourcentage de sujets tuberculeux décelés parmi les nouveaux consultants de l'année et les sujets des examens systématiques de collectivité est de 40/1000 (46/1000 en 1951) taux très élevé; bien différent de celui de 1,3 dans l'Université, de 2,4/1000 à la Médecine du Travail, de 0,5/1000 dans l'armée, où il s'agit de dépistage systématique itératif.

Regrettons, enfin, l'absence d'un organisme centralisant toutes les données statistiques sur le dépistage de la Tuberculose en France, données qui normalement devraient parvenir aux dispensaires d'Hygiène sociale, mais qui bien souvent encore leur échappent.

(1) in Tuberculose et Médecine Sociale.

B) L'ISOLEMENT

Le dépistage systématique permet de réperer un certain nombre de sujets dont l'état nécessite une mise en observation ou des mesures de cure. Son action prophylactique est double:

- permettant un traitement plus précoce, il évite l'aggravation et hâte la guérison.
- permettant l'isolement du sujet, il fait disparaître la menace pesant sur la collectivité à laquelle appartient le malade.

Signalons, enfin, en dehors du dépistage des cas nettement pathologiques, l'intérêt prophylactique de la Médecine préventive scolaire, qui peut désigner les sujets devant bénéficier des Ecoles de Plein Air et des Aériums.

I) ISOLEMENT ET TRAITEMENT DES SUJETS DEPISTES

Ainsi que l'a dit le Professeur Bariéty, il serait bien vain de chercher à dépister de nouveaux cas de Tuberculose, sans avoir la certitude de pouvoir les isoler, les traiter. Ceci pose le problème de l'équipement hospitalier et sanatorial du département de l'Isère, et nous nous bornerons dans ce chapitre, qui sort un peu du cadre de la prophylaxie, à donner une idée de l'équipement de notre département en établissements de tous ordres contribuant à la lutte contre la Tuberculose, équipement dont l'importance fait de notre département un favorisé.

Le dépistage effectué, l'isolement du sujet sera réalisé le plus souvent par son placement, dans un délai plus ou moins long dans un établissement de cure ou d'observation, par l'intermédiaire du dispensaire, dont les dossiers seront dirigés sur le Centre de Placement de la Direction départementale de la Santé (Place Bir-Hakeim, Grenoble) ou au Service des Envois en cure de la Fondation "Sanatorium des Etudiants de France" (11, rue Joannès, Paris, XIVème) pour les étudiants.

Le tableau n° 17 montre le nombre de placements effectués par les dispensaires de notre département de 1945 à 1952.

TABLEAU N° 17

PLACEMENTS

Année	1945	1946	1947	1948	1949	1950	1951	1952
Placem. Hôpital	269	221	262	207	249	288	356	298
Sanatorium	124	132	112	90	186	210	206	246
<u>Post-Cure</u>	...	...	...	...	...	...	28	28
Préventorium	177	253	224	162	373	405	310	391
Aérium	...	...	...	...	...	...	214	207
Placement familial	22	31	64	40	88	70	140	42
Autres placements	!	!	!	!	!	!	!	!
(aérium, col. de vac.	125	151	198	308	305	536	...	196
Nbre total des placements	!	!	!	!	!	!	!	!
	...	...	...	...	...	...	...	1408
Sujets en cure libre	!	!	!	!	!	!	!	!
	...	...	...	...	...	...	191	252
Sujets en réadaptation	!	!	!	!	!	!	!	!
	...	...	...	...	...	...	187	154

Le rôle de l'Assistante Sociale est ici capital pour guider le malade au cours des nombreuses démarches qui doivent être entreprises pour le placement et la prise en charge par l'organisation responsable, et aussi pour amener au Dispensaire la famille et l'entourage du malade, afin que soit contrôlé leur état de santé.

Il n'existe pas, pour l'instant à Grenoble de Centre départemental de Phtisiologie, ainsi qu'il est prévu à l'article 19 de l'Ordonnance du 31 Octobre 1945. Nous donnons ci-dessous la liste des différents établissements de prévention et de cure agréés par le Ministère de la Santé Publique et de la Population. Il s'agit ici essentiellement de préventoriums et de sanatoriums

DEPARTEMENT DE L'ISERE

MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE
ET DE LA POPULATION

DIRECTION DEPARTEMENTALE

De la SANTE

1, Place Bir-Hakeim, 1

GRENOBLE

PREVENTORIUMS AGRES (PUBLICS ET PRIVES

TABLEAU N°18

!Lieu de !fonction- !nement !	!Désignation !de l'établis !sement !	!Nb !de !lits !	!Sexes !au- !torisés !	!Âges li- !mites !d'admis- !sion !	!Observations !
!AUBERANS !Alt.1.050 !	!PREVENTo- !rium départ !de l'Isère !	!198 !	!2 Sexes !	!6 à 12 !ans !	!Etablissement pu- !blic !
!BIVIERES !Alt.520 !	!Prévento- !rium "Le re !pos de Bir- !	!43 !	!J. filles !ou femmes !	!17 à 40 !ans !	! !
!CORENC- !MONTFLEU- !RY. Alt. !300 !	!Prévento- !rium "La Con !Damine", 60 !Av. de l'Ey !gala. !	!28 !	!J. Filles !ou femmes !	!+, de 18 !ans !	!Fondation de L'As- !sociation "Maison d !de Repos des Tra !vailleuses socia- !les" !
!MENS !Alt.775 !	!PRÉVENTo- !rium "Les !Alouettes" !	!50 !	!J. Filles !ou femmes !	!15 à 25 !ans !	!Propriété de l'As- !sociation "les A- !louettes" !
!PRELEN- !FREY-du- !GUA !	!Prévento- !rium "Les !Tilleuls" !	!50 !	!Garçons !Filles 20 !	!30 !6 à 12a. !6 à 14a. !	! ! !
!St-JULIEN !de-RATZ !Alt.640 !	!Prévento- !rium Henri !Baizire !	!55 !	!J. Gens & !	!16 à 30 !ans !	! ! !

DEPARTEMENT DE L'ISERE

MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE
ET DE LA POPULATION

DIRECTION DEPARTEMENTALE

DE LA SANTE

SANATORIUM POUR TUBERCULOSE PULM. AGREES

1, Place Bir-Hakeim, 1

GRENOBLE

TABLEAU N°19

!Lieu de	!Désignation!	Nbre!	Sexes au-	Ages li-	Observations	!
!fonction-	!de l'établis-	!de	!torisés	!mités	!	!
!nement	!sement	!lits!	!	!d'admis-	!	!
!	!	!	!	!sion	!	!
! SE-CLAIR!	Sanatorium	!100	!Hommes	!18 à 45	! Etablissement pri-	!
!de-la-Tour	du Vion	!	!	! ans	! vé agréé	!
!Alt.330	!	!	!	!	!	!
!	!	!	!	!	!	!
!St-HILAI-	Sanatorium	!650	!Hommes 325	!	!	!
!RE-du-TOU!	départemen-	!	!Femmes275!	!	!	!
!VET. Alt.!	tal du Rhô-	!	!Enf. 50	!6 à 15	!	!
!1.100	!ne	!	!	!ans	!	!
!	!	!	!	!	!	!
!	Sanatorium	!288	!Hommes	!17 à 60	!Association recon-	!
!	de l'Assoc.!	!	!	! ans	!nue d'utilité pu-	!
!	Métall. et	!	!	!	!blique(décret du	!
!	Minière(sie!	!	!	!	!10/3/18)	!
!	ge 10, rue	!	!	!	!	!
!	Lincol. P.	!	!	!	!	!
!	!	!	!	!	!	!
!	Sanatorium	!284	!Hommes200!	!17 ans	!Fond. de l'Union	!
!	des Etud.	!	!Femmes 50!	!âge mi-	!Nation. des Etud.	!
!	de France	!	!	!nimum	!de France, 49 r.de!	!
!	!	!	!	!	!Ballechasse.Paris7!	!
!	!	!	!	!	!(Reconnue d'utilité	!
!	!	!	!	!	!publique(Décret du!	!
!	!	!	!	!	!23/3/25!Etablis. as	!
!	!	!	!	!	!similés aux sana.	!
!	!	!	!	!	!publics/	!
!	!	!	!	!	!	!
!SEYSSUEL	Sanatorium	!164	!Femmes	!15 ans	!Etablis. public dé!	!
!Alt. 325	de Seyssuel!	!	!	!âge mini-	!pendant de l'Admi-	!
!	!	!	!	!mum	!nist. des Hospices!	!
!	!	!	!	!	!Gécils de VIENNE	!
!	!	!	!	!	!	!

II) ISOLEMENT DES ENFANTS DE PARENTS TUBERCULEUX

En dehors du dépistage des enfants contaminés effectué par les Assistantes sociales et les dispensaires, il nous faut réserver une place particulière à la préservation des enfants contaminables, des enfants nés de parents tuberculeux, préservation qui comprend d'une part leur isolement prophylactique, d'autre part la vaccination par le B.C.G. des sujets énergiques.

Historique

C'est en 1903 que fut fondé l'Oeuvre Grancher, dont le but était de soustraire tout le temps nécessaire les enfants encore sains aux milieux familiaux infectés de Tuberculose, en les plaçant à la campagne dans des familles saines. Cette Oeuvre s'adresse aux enfants de 3 à 10 ans. En 1920, le Professeur Léon Bernard et Madame A. Seligmann, encouragés par les résultats de l'Oeuvre Grancher créant l'Oeuvre du Placement familial des Tout-Petits, qui admet les jeunes enfants de la naissance à 2 ans et les garde jusqu'à 4 ans.

Ces deux établissements réalisaient ainsi une excellente prophylaxie de l'enfance, mais une prophylaxie post-natale. Il appartint au Dr Couvelaire d'aller plus avant dans la préservation de l'enfance par le dépistage des mères tuberculeuses, leur isolement et la séparation des nouveaux-nés d'avec leur mère, dès leur naissance, ainsi que par la vaccination par le B.C.G., puis après une mise en observation de 10 jours à un mois, le placement familial surveillé. Ainsi, se trouvait réalisée la prophylaxie antenatale.

L'Ordonnance du 2 Novembre 1945 sur la Protection Maternelle et Infantile et les différents textes qui ont suivi, sont venus parachever les différentes mesures déjà prises avant la guerre de 1939-45. En instituant un examen médical avant le mariage, comprenant un examen radiologique des poumons des deux conjoints, trois examens pré-nataux de la future-mère, dont le premier comporte une radioscopie pulmonaire, un examen post-natal, qui en

comprend une également, ils assurent ainsi une prophylaxie anti-tuberculeuse rigoureuse avant même la conception, avant même la naissance et peu après. Ces différents examens sont assortis de primes diverses d'assiduité, qui encouragent les assujétis à s'y soumettre.

Dans le département de l'Isère, dès 1929, était créé à Grenoble une filiale de l'Oeuvre Grancher, et dès cette époque le Pr. Béthoux s'est efforcé de préserver de la Tuberculose les enfants de tous âges, non seulement à partir de 3 ans, mais dès la naissance et même avant chez les femmes enceintes tuberculeuses ou suspectes de tuberculose.

Elève de Calmette, le Pr Bethoux estimait qu'il ne suffisait pas de soustraire les enfants au risque du contagement familial, mais qu'il fallait renforcer la prophylaxie par la vaccination au B.C.G. des enfants énergiques. Cette double action prophylactique,

séparation et éloignement des enfants sains

vaccination systématique par le B.C.G. des enfants énergiques a nécessité la création d'un Centre

- de tirage permettant la distinction des sujets indemnes de ceux déjà atteints par la maladie
- d'observation où l'on peut apprécier l'étape évolutive de la Tuberculose et ses modalités cliniques et mettre en oeuvre les examens nécessaires, enfin suivre les petits malades,
- d'isolement des enfants vaccinés jusqu'à l'apparition de l'allergie vaccinale pour leur épargner toute surinfection.

Ce centre de Triage, de mise en observation et de vaccination, initiative unique en France à l'époque, a pu être réalisé en 1937 à la Tronche, à proximité de Grenoble, grâce au concours d'une oeuvre privée "L'Oeuvre de la Protection de l'Enfance", qui a été départementalisée depuis. Il comprend trois pavillons distincts:

- un foyer maternel, où se trouvent isolées les femmes enceintes tuberculeuses ou suspectes de tuberculose
- une pouponnière d'adaptation pour les nourrissons, qui servira également de Centre de vaccination au B.C.G.
- un foyer des enfants pour la deuxième et la troisième enfance.

L'avantage que présente un tel organisme pour la coordination et la centralisation de toute la prophylaxie antituberculeuse de l'Enfance est indéniable. (1)

Fonctionnement

Les Femmes et les Enfants groupés dans ces trois pavillons distincts font l'objet d'une étude clinique très stricte, complétée par tous les examens nécessaires (Tuberculino-Réaction, vitesse de sédimentation, radiographies, recherche de B.K. dans l'expectoration et dans le liquide de tubege gastrique). Les sujets dont la Tuberculose est reconnue sont orientés vers les Sanatoriums, les douteux vers les Préventoriuns du Département. Ne sont retenus que les sujets cliniquement et radiologiquement sains qui sont placés,

pour les nourrissons, à la pouponnière d'adaptation pour la deuxième enfance de 2 à 5 ans, en placement semi-familial (dans ce que le professeur Béthoux a appelé le parvi-aérium)

pour la troisième enfance, de 5 à 14 ans, en placement familial à la campagne, dans les villages de plaine ou d'altitude.

Avant de passer à l'étude statistique sur la prophylaxie antituberculeuse de l'Enfance, nous reproduisons une organogramme du Pr. Béthoux qui illustre bien le fonctionnement du Centre de triage, de mise en observation et de vaccination, ainsi que ses connections avec les autres organismes de la prophylaxie

(1) Pour plus ample information sur la filiale de l'Oeuvre Gran-cher, se reporter à la thèse de Piquet. Lyon 1938. "Prophylaxie antituberculeuse de l'enfance"

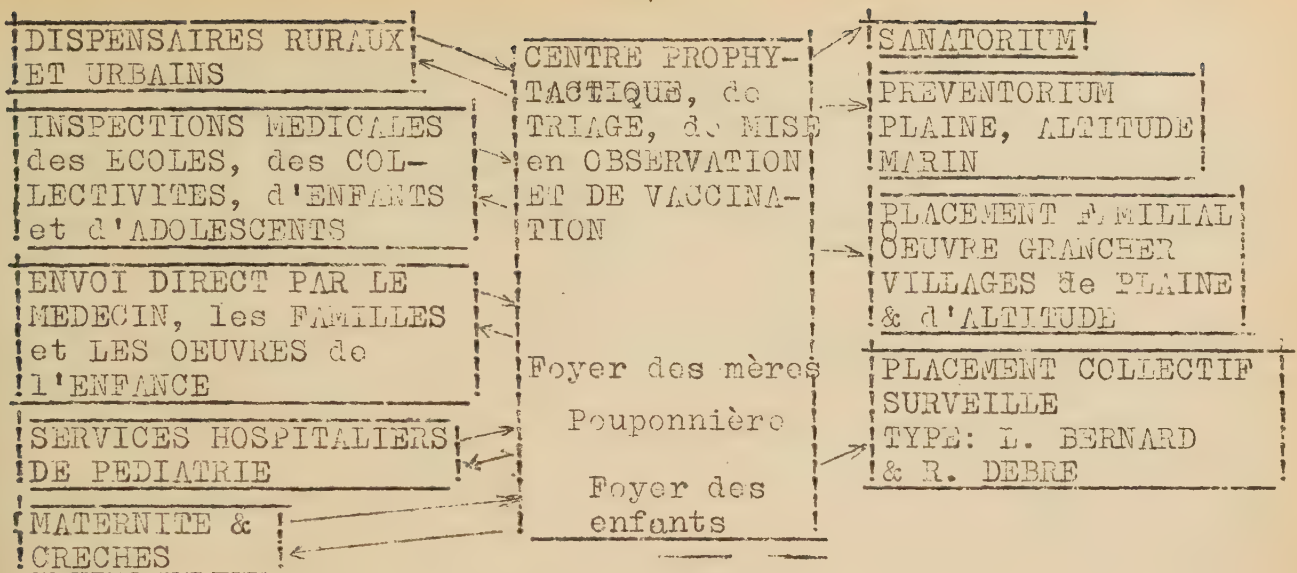
antituberculeuse.

cf Organogramme P. 67

En ce qui concerne la vaccination par le B.C.G., de 1919 à 1942 tous les enfants anergiques reçurent la E.C.G. par voie buccale. Devant le faible pourcentage de sujets qui devenaient allergiques (30% à peine) dès 1942, le Pr. Bétoux a pratiqué la vaccination par scarifications suivant la technique de Nègre et Bretey, appliquée chez l'homme par Weill-Hallé avec le B.C.G.S. avec succès et obtention de l'allergie vaccinale dans 98,2% des cas, dans un délai de 4 semaines environ, et de rares réactions générales, en règles minimales, mais jamais de complications locales (abcès ou adénites).

Les Ordonnances du 30 Octobre 1945 relatives à l'organisation de la lutte contre la Tuberculose et du 2 Novembre 1945 relative à la prévention maternelle et infantile ont apporté un stimulant puissant au développement du Centre de la Tronche, en assimilant les placements familiaux surveillés aux placements en Sanatoriums et Préventoriums, attribuant ainsi au budget du département les dépenses résultant de ces placements. Des conventions furent alors passées avec les préfectures de l'Isère et des Hautes Alpes, augmentant ainsi le rayonnement du Centre prophylactique, qui de communal est devenu départemental et finalement régional.

Devant l'accroissement constant du nombre de nourrissons séparés dès la naissance de leurs parents tuberculeux, pour éviter l'encombrement de la pouponnière du Centre de Vaccination, il a fallu prévoir un agrandissement des locaux, et ce fut l'organisation d'un parvi-aérium de séparation comprenant 20 berceaux situés en pleine campagne, à proximité du Centre cependant, où sont évacués les enfants dès l'apparition de l'allergie vaccinale. Ils y restent isolés, sous surveillance médicale jusqu'à 15 ou 18 mois, avant d'être mis en placement familial dans le même sec-



Organogramme du Pr. Bethoux sur le fonctionnement et les liaisons du Centre Prophylactique de Triage, de Mise en Observation et de Vaccination de l'Enfance suspect de Tuberculose.

tour toujours sous surveillance médicale, bien entendu.

Ce centre de triage, de mise en observation et de vaccination est sous l'autorité d'un médecin directeur, aidé d'une assistante sociale, de deux secrétaires et d'un nombreux personnel infirmier.

Il dispose actuellement pour la pouponnière de 30 berceaux à La Tronche, 15 berceaux au parvi-aérium de Vinay. Le foyer des enfants comprend 10 lits.

Voci quelques données statistiques sur son fonctionnement de 1929 à 1952.

cf Tableau n° 20.

Il est intéressant de commenter un peu ces résultats, notamment ceux de 1929 à 1949 qui forment un ensemble complet. Durant cette période, 2.617 sujets ont été examinés et triés, dont 2.346 enfants de la naissance à 14 ans et 271 femmes enceintes tuberculeuses ou suspectes de tuberculose. Les 271 femmes enceintes tuberculeuses ou suspectes de tuberculose, ont accouché à la Maternité des Hôpitaux Civils de Grenoble, sous la surveillance du Pr. Bôthoux. Les nouveaux-nés ont tous reçus du B.C.G. à la naissance et ont été immédiatement séparés de leurs mères, quand celle-ci était reconnue tuberculeuse ou suspecte de tuberculose, et mis en pouponnière.

Sur les 2.346 enfants issus de foyers tuberculeux, 173 furent orientés vers des établissements de cure ou de prévention, soit:

- 118 vers les sanatoriums pour tuberculose avérée
- 55 vers les préventoriums.

La morbidité de 7,3% est peu élevée, mais nous devons tenir compte du premier triage déjà effectué, par les dispensaires notamment.

2.171 enfants ont été retenus pour les placements, dont 1.650 de 2 à 14 ans et 521 nourrissons. Tous les sujets anergiques ont été vaccinés par voie buccale jusqu'en 1942 puis par

TABLEAU N° 20
DONNÉES STATISTIQUES de FONCTIONNEMENT de 1929 à 1949
(soit 20 ans de fonctionnement)

ANNEES	SUJETS EXAMINES		SUJETS PLACES & SURVEILLES			PLACEMENTS			T
	Femmes encein- tes	Enfants	Nourri de 0 à 2 ans	Enf. de 2 à 14 ans	Total des en- fants placés	Décès	Préven- torium	na.	
1929	-	16	-	16	16	-	-	-	16
1930	-	32	6	26	32	-	-	-	32
1931	-	42	11	31	42	1	-	-	42
1932	-	59	16	43	59	1	-	-	59
1933	-	63	28	35	63	6	-	-	63
1934	-	34	6	28	34	2	-	-	34
1935	-	28	11	19	28	-	-	-	28
1936	14	58	13	26	39	2	7	12	58
1937	13	50	13	30	43	3	3	4	50
1938	9	79	23	45	68	7	2	9	79
1939	5	110	18	86	104	6	2	4	110
1940	7	133	15	106	121	1	-	12	133
1941	11	152	21	121	142	1	-	10	152
1942	12	159	27	114	141	-	-	18	159
1943	25	176	25	142	167	1	-	8	176
1944	22	165	27	135	165	3	3	-	165
1945	16	135	16	119	135	2	-	-	135
1946	28	164	21	131	153	-	10	2	164
1947	32	170	45	114	159	1	7	4	170
1948	32	217	70	118	188	3	14	15	217
1949	45	304	109	165	274	2	10	20	304
TOTAL	271	2.346	521	1.650	2.171	44	55	118	2346
1952	38	86	43	39	82	1	2	2	

scarifications. Nous notons pendant ces 20 années 44 décès, concernant uniquement les tout-petits, de la naissance à deux ans environ. La plupart subirent une vérification anatomique:

- 8 sont morts d'une affection tuberculeuse. Il s'agissait d'enfants dont le dépistage tardif n'avait pas permis d'éviter un contact prolongé avec les parents et la contamination. Soit une mortalité par tuberculose de:

= 0,36% pour l'ensemble des pupilles

= 1,5 % pour ceux de 0 à 2 ans.

La mortalité par Tuberculose est très faible comparée à celle fournie par A. Calmette dans "La Revue de la Tuberculose" (Novembre 1930) qui est de 3% pour les non-vaccinés de 0,9% pour les vaccinés.

Les pourcentages de 0,36 et de 1,5 prennent une importance accrue; par ailleurs, quand on se rappelle ^{que} chez les nourrissons laissés au contact de leur famille tuberculeuse, la mortalité dépasse 50 % et atteint parfois 75 % avant la fin de la 5ème année.

- 36 sont morts d'affections diverses, dont 29 avaient été vaccinés par le B.C.G.

Ainsi la mortalité générale pour l'ensemble des pupilles est de 2,02%. Pour les enfants de 0 à 2 ans, elle est de 8,4 %. Ces chiffres sont en accord avec les statistiques françaises et étrangères qui, d'après Calmette, varient suivant les pays de 3 à 18,9 pour les vaccinés.

Enfin, en dehors de l'Oeuvre Grancher, il nous faut signaler, pour terminer, deux ordres d'établissements destinés aux enfants:

- les asiles qui reçoivent des enfants dont en principe la Tuberculino-réaction est négative mais qui sont exposés à la Tuberculose et aussi des enfants à Tuberculino-réaction positive dont la primo-infection ne s'est accompagnée d'aucune manifestation clinique ou radiologique de Tuberculose, mais dont

l'état général déficient nécessite le placement.

- Les écoles de plein air, qui s'adressent surtout aux enfants débiles physiques, insuffisants de poids et de développement et ne reçoivent pas d'enfants malades.

Nous n'entrerons pas dans le détail et donnerons ici la liste de ces deux catégories d'établissements dans le département de l'Isère.

DEPARTEMENT DE L'ISERE

MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE
ET DE LA POPULATION

DIRECTION DEPARTEMENTALE
DE LA SANTE

ABRIUMS AGREES

1, Place Bir-Hakeim, 1
GRENOBLE

TABLEAU N°21

Lieu de fonction- nement !	Désignation de l'établis- sement !	Nbre lits !	Sexes au- torisés !	Ages li- mites d'admis- sion !	Observations !
AUTRANS	"Villages d'enfants"	39	Garçons Filles	6 à 12 6 à 13 ans	Administration: Ci- té Administrative Dode - grenoble;
GENAS	"La Joie de vivre"	35	2 sexes	3 à 6 ans	
MEYLAN	"L'Aiglou"	20	2 sexes	3 à 10a.	
ROYBON	"Centre St- Rome"(Oeuvre des villages d'enfants)	37	Garçons Filles	24 13 5 à 12 5 à 14 ans	Administration: Ci- té Administrative. Dode - GRENOBLE
SAPEY-en- CHARTREUSE	"Les Iris"	26	2 sexes	6 à 12 ans	
St-DIZIER MOUCHEROTTE	"Blanche- Neige"	25	Garçons Filles	6 à 10 6 à 12	
St-PIERRE de CHARTREUSE	"Montbruno"	37	Garçons Filles	6 à 12 6 à 14	
VILLARD de-LANS	"L'Adret"	178	Garçons Filles	3 à 12 3 à 14 ans	Fondation du Comité Commun pour l'Hygiè ne de l'Enfance. 26, Pl. Tolozen. LYON
"	"Les Gentia- nes"	48	Garçons Filles	6 à 10 6 à 15 ans	

DEPARTEMENT DE L'ISERE

---:---:---:---:---:---

DIRECTION DEPARTEMENTALE

DE LA SANTE

1, Place Bir-Hakeim, 1

GRENOBLE

MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE

ET DE LA POPULATION

---:---:---:---:---:---

ECOLEES DE PLEIN AIR AGREES.

---:---:---:---:---:---

TABEAU N°22

!Lieu de !Fonction- !nement !	!Désignation !de l'établis !sement !	!Nbres !de !lits !	!Sexes au- !torisés !	!Ages li- !mités !d'admis- !sion !	!Observations !
!CORENC !	!"Fondation !Gérin" !	!41 !	!Garçons !Filles !	!6 à 12 !6 à 14 !	! !
! !	! !	! !	! !	! !	! !
!VILLARD- !de-LANS !	!"Les Chamois" !	!30 !	!Garçons !	!6 à 11 !ans !	! !
! " !	!"La Clarté" !Cours de l'i- !le de France !	!26 !	!Filles !ou J.F. !	!8 à 12 !12 à 17 !ans !	! !
! " !	!"Le Clocher" !Institut !Turenne !	!38 !	!Garçons !	!6 à 15 !ans !	! !

C) LA DESINFECTION

Nous n'insisterons pas sur la désinfection, qui est formellement indiquée au cours et en fin de maladie.

D) PROPHYLAXIE DE LA RECHUTE

Généralités et Historique

Lorsqu'un malade est stabilisé après un certain séjour dans un établissement de cure, il doit être orienté vers un établissement de Post-Cure, pour qu'il ne reprenne pas immédiatement la vie normale sans une étape intermédiaire et qu'il échappe ainsi provisoirement aux conditions néfastes qui étaient siennes, quand il a été victime de la maladie. Ce tuberculeux stabilisé sera suivi par des examens médicaux réguliers et il pourra par une réadaptation progressive ou une rééducation soigneusement étudiée rentrer dans la communauté productrice. La Post-Cure est ainsi "le troisième volet du tryptique dont les deux premiers sont déjà couverts par le Dispensaire et le Sanatorium" (E. Bernard: " Tuberculose et Médecine Sociale") Il serait en effet absurde qu'après le dépistage et le traitement des sujets tuberculeux, rien ne fut fait pour les aider, les récupérer au sein de la Communauté Nationale.

Cette entreprise de récupération des malades stabilisés doit s'accompagner de mesures financières leur assurant un minimum vital pendant la période de leur réadaptation. Nous reviendrons sur ce point quand nous étudierons la prophylaxie antituberculeuse sur le plan économique.

Cette nécessité de la Post-Cure a été perçue très tôt et de nombreuses personnalités n'ont pas attendu les textes législatifs de l'après-guerre pour promouvoir d'importantes réalisations, notamment dans le département de l'Isère. Nous nous contenterons, pour l'instant, de citer:

- L'expérience entreprise en 1938 par l'Association pour le reclassement social mutuel des malades du Sanatorium du Vion, à St Clair de la Tour et qui se poursuit avec succès à l'Heure actuelle.

- La création de la maison universitaire de Post-Cure, Section B de la Fondation "Sanatorium des Etudiants de France" en 1941-42, qui a été le premier essai de ce genre tenté en France.

Législation actuelle

L'Ordonnance du 31 Octobre 1945, complétée par le décret du 6 Janvier 1950 relatif à l'adaptation et à la réadaptation professionnelle des tuberculeux et à l'organisation des établissements de Post-Cure prescrit que le réentraînement à l'effort, l'adaptation ou la réadaptation professionnelle des tuberculeux s'effectuent:

- en sanatorium, au cours de la cure sanatoriale,
- dans des établissements de post-cure annexés ou non à des sanatoriums de cure,
- dans des ateliers spécialisés ou dans des établissements ou entreprises où les intéressés ont obtenu d'exercer un métier,
- à domicile.

Nous ne nous occuperons pas ici de l'adaptation ou de la réadaptation qui se fait dans des ateliers spécialisés mais plus précisément de celle des établissements de post-cure, annexés ou non à des sanatoriums de cure.

D'une manière générale, le malade dont l'état est stabilisé doit réunir un dossier comprenant:

- un certificat médical sur son aptitude au travail,
- une prise en charge de l'organisme qui avait subvenu aux frais du traitement en sanatorium,
- un certificat délivré par le Centre psycho-technique départemental de Grenoble (1), permettant d'orienter

(1): Il existe, sur le plan national, un Centre d'études et de recherches psycho-techniques (13, rue Chautard, Paris) qui dirige toute la sélection psycho-technique française, sous l'autorité du Ministre du Travail et de la S.S. Le Centre psycho-technique du département de l'Isère, qui fonctionne depuis 1947 dépend du Centre régional de Lyon. Nous ne sommes malheureusement pas en état de fournir des données statistiques sur le fonctionnement du Centre de Grenoble, en ce qui concerne les tuberculeux du département.

sa rééducation au mieux de ses aptitudes.

Equipement

Le département de l'Isère possède plusieurs établissements de post-cure agréés sur son territoire.

1°) Le Centre de Post-Cure et de Rééducation Professionnelle, situé à Ponsonnas par la Mure, à 850 mètres d'altitude et à 40 kilomètres de Grenoble. Il reçoit 50 stagiaires répartis en deux sections professionnelles de comptabilité et d'horlogerie de 25 élèves chacune.

Le stage comporte 1.300 heures de cours, réparties progressivement sur 11 mois, du 1er Septembre au 20 Juillet. Durant cette période, les élèves perçoivent le demi-salaire horaire accordé par les Services de Formation Professionnelle du Ministère du Travail et de la Sécurité Sociale, qui par ailleurs, assument le contrôle technique de l'établissement et délivrent, à l'issue du stage le certificat de formation professionnelle.

Comme dans tout établissement de Post-Cure, il y a au Centre de Ponsonnas, un service médical qui assure la surveillance médicale et donne aux stagiaires tous les soins que nécessite leur état.

Les frais de séjour et de stage sont intégralement pris en charge par les différentes collectivités: Ministère des Anciens Combattants et Victimes de guerre, Sécurité Sociale, Assistance Médicale Gratuite ou autres collectivités privées. Les inscriptions pour ces stages sont reçues au siège de la Fédération Nationale des Combattants prisonniers de guerre (46, rue Copernic, Paris, 16ème) dont relève ce Centre. Nous n'avons malheureusement pu obtenir d'autres informations sur son fonctionnement.

2°) Le Centre de Réentraînement de Vion, annexe du Sanatorium du Vion, à St Clair de la Tour, est une entreprise originale dont l'étude mérite quelque développement.

Fondé en 1938 par le Dr Boissel, médecin-directeur du

Sanatorium du Vion, ce Centre fonctionne comme un organisme autonome de production et de consommation. Il est géré par l'"Association pour le reclassement mutuel des malades et anciens malades" représentée par son conseil d'administration. Les moyens d'existence de l'Association sont:

- "L'organisation entre les seuls intéressés d'un circuit intérieur d'échanges de services auquel chacun d'eux apporte des possibilités de travail et dont chacun, proportionnellement à sa participation, retire en contrepartie ce qui lui est nécessaire.
- Le développement d'activités artisanales dont les produits écoulés par l'Association sur les marchés extérieurs normaux permet l'approvisionnement en matières premières et en objets indispensables au travail et au maintien d'un standard de vie compatible avec l'état de santé de chacun".

Sur le plan pratique, le Centre comprend 30 lits pour hommes de 18 à 50 ans. Le malade, qui reste toujours l'objet d'une surveillance médicale régulière, effectue en trois étapes le retour à la vie normale.

Le 1er stade est un essai de réentraînement. Toutes les possibilités d'apprentissage de l'Association sont mises à sa disposition. La durée du travail n'excédera pas 4 heures par jour. Le deuxième stade est l'étape dite d'essai de rendement. Pendant cette période, le malade travaille 6 heures par jour environ. Elle dure de 3 à 6 mois. Lui fait suite le 3ème stade ou de reclassement proprement dit. A ce moment, la prise en charge des frais d'hospitalisation par les collectivités est supprimée. L'ancien malade doit par son travail subvenir lui-même à ses besoins. Après un stage de 6 à 12 mois, il pourra, ainsi reclassé, s'installer au Centre ou rejoindre son foyer selon l'avis médical et ses possibilités financières.

Voyons maintenant le bilan de 15 années d'effort, de 1938 à 1953. Sur les 2.502 malades soignés au Sanatorium du Vion depuis

1938, 855 ont bénéficié de cette reprise progressive du travail. Il y eut 82 interruptions pour stabilisation insuffisante, soit 9,5 %; les 773 autres ont pu quitter l'établissement à l'un quelconque des trois stades vus précédemment. En ces 15 années, ils ont accomplis un total de 1.307.258 heures de travail surveillé dont la répartition est la suivante:

- industries artisanales: vannerie; reliure, jouets, petits meubles, broserie: 49.264 heures.
- services généraux: gestion de l'A.R.S.M., bureau, section sociale, hébergement: 92.537 heures.
- services coopératifs: cantine, coiffure, coordonnrie: 96.613 heures.
- activités artisanales de construction et aménagements maçons, terrasiars, plâtriers, carreleurs, charpentiers, menuisiers, peintres, plombiers, soudeurs: 193.980 heures.
- services agricoles: grosse culture, potager, pépinière forestière, verger, élevage, laiterie: 341.988 heures.
- services loués au sanatorium: infirmiers, secrétaires chauffeurs, garçons d'entretien ou de service: 532.876 heures.

En rapport avec ce total de 1.307.258 heures de travail fournies, nous trouvons un total de recettes égal à 91.640.961 francs équilibrant un total de dépenses de 90.436.537 francs. Mais en dehors de ces données plus spécifiquement d'ordre économique que sanitaire, qui ont cependant l'avantage de montrer la viabilité d'une pareille entreprise, nous devons souligner les possibilités de reclassement qu'offre la profession agricole qui n'est pas incompatible avec la consolidation des améliorations obtenues. En effet les statistiques nous apprennent que sur 250 malades stabilisés ayant fourni 341.988 heures de travaux agricoles, il y a eu 5,79 % d'interruption alors que la statistique d'ensemble, contrôlant 855 travailleurs d'activités diverses pen-

dant 1.307.258 heures de travail, explicite 9,5 % d'interruption. Ces résultats sont d'autant plus intéressants que sur les 250 travailleurs agricoles, 104 étaient du métier, qu'ils étaient des dépestés ruraux, donc en général des sujets dont le dépestage avait été tardif et dont les lésions étaient importantes à leur entrée au sanatorium. Enfin, il ne s'agit pas de bricolage de jardin, mais d'une véritable production agricole sur un domaine de 60 hectares, se chiffrant par dizaines de milliers de kilogrammes de blé, d'avoine, de choux, des centaines de milliers de kilogrammes de pommes de terre, etc... etc...

Insistons pour terminer sur le fait que cette entreprise avec un matériel humain assez pauvre, dont la qualification professionnelle est rare, sinon exceptionnelle, dont le niveau d'instruction est très bas (30 % d'illétrés totaux, 50 % sachant lire et écrire mais n'ayant pas le certificat d'études primaires) avec cette main d'oeuvre qu'éliminaient du marché du travail à la fois la maladie et son manque de qualification, a réussi à assurer à ses membres des conditions de vie supérieures à celles du milieu normal.

3°) La Maison Universitaire de Post-Cure de Grenoble.

Villa Belledonne. La Tronche. Isère. Section B de la Fondation "Sanatorium des Etudiants de France"

Elle a été créée en 1941-42 sur l'impulsion du Dr Douady, Directeur général de la Fondation "Sanatorium des Etudiants de France". C'est un établissement mixte, comprenant des lits pour les étudiants à la villa Belledonne, et des lits pour les étudiantes à la villa Belles Alpes et selon les termes du Dr Douady, dans son livre "Sanatoriums universitaires français", "il semble fournir une bonne solution au problème de la post-cure universitaire. La maison tout en étant assez proche des facultés de Grenoble (10 minutes en trolleybus) demeure néanmoins réellement séparée de la ville. Par sa situation et son climat, La Tronche est considérée comme le plus agréable des faubourgs de Grenoble malgré les chaleurs de l'été....." et encore "la vie des pen-

sionnaires, à Belledonne réalise un équilibre entre la vie universitaire à l'extérieur et la maison communautaire à l'intérieur. Des visiteurs, des conférenciers apportent leur contribution à l'atmosphère de la post-cure...."

Enfin la surveillance médicale est exercée régulièrement à l'égard des pensionnaires qui sont astreints à un nombre précis d'heures de cure et de sommeil. Mais à l'intérieur de ce cadre, chaque étudiant établit toutes les semaines, en accord avec le médecin-directeur, un horaire particulier, lui permettant de coordonner ses heures de repos et ses heures de cours. Ainsi, comme pour tout établissement de post-cure, celui de La Tronche répond au double but:

- d'aider les sujets stabilisés à franchir l'étape délicate entre le repos complet, type sanatorial, et la vie normale.
- de leur permettre une reprise progressive du travail ici des études, par la fréquentation de l'Université, située ici à proximité de la maison de Post-Cure.

Signalons cependant que le réentraînement à l'étude est effectué dès le séjour au sanatorium de St. Hilaire du Touvet où un gros effort d'équipement a été fait et est poursuivi. Sous le contrôle du Directeur des études, tous les pensionnaires qui ont reçu l'autorisation médicale, peuvent continuer leurs études ou en entreprendre de nouvelles, après consultation du psycho-technicien. Organisés en cercles selon les différentes disciplines, les étudiants peuvent ainsi réaliser un travail d'équipe. Certains cours (de Droit et de Lettres) enregistrés sur magnétophone sont retransmis par la radio intérieure. Les résultats aux examens se maintiennent dans la moyenne de ceux des Universités.

Après de nouvelles constructions et de multiples aménagements la Post-Cure Universitaire de la Tronche possède maintenant un effectif de 176 pensionnaires dont 93 étudiants à la villa Belledonne, 83 étudiantes dans les pavillons Belleflore, Belles Alpes et Mertens.

Les lits sont constamment occupés. Le tableau suivant donne la durée moyenne du séjour, ces dernières années.

<u>1949</u>	<u>1950</u>	<u>1951</u>	<u>1952 - 1953</u>
9 mois 10 jours	12 mois	8 mois, 3 semaines	9 mois

Si la durée moyenne de séjour est en diminution dans les sanatoriums de la Fondation, elle reste assez stable à la Post-Cure de La Tronche, oscillant autour de 9 mois.

La courbe du rythme des admissions montre des "creux" aux mois de Février et Avril et des pointes au cours du 3ème trimestre.

Le pourcentage des malades découverts par les examens de dépistage est le suivant:

<u>1949</u>	<u>1950</u>	<u>1951</u>	<u>1952</u>	<u>1953</u>
34 %	49 %	52 %	34 %	40 %

L'âge moyen des malades oscille entre 20 et 25 ans. Les malades mineurs représentent le quart environ de l'effectif.

Ces malades viennent pour un fort pourcentage, du sanatorium de St Hilaire du Touvet (Isère), ce qu'on explique par la proximité de ce sanatorium et par le fait que les inscriptions en faculté sont en général prises à l'Université de Grenoble pendant le séjour à St. Hilaire du Touvet.

Le nombre des rechutes amorcé, ces dernières années, une progression très nette. Nous en fournissons quelques chiffres:

<u>1948</u>	<u>1949</u>	<u>1950</u>	<u>1951</u>	<u>1952</u>	<u>1953</u>
10 %	9 %	5 %	10 %	10 %	16 %

Les fausses guérisons par les antibiotiques semblent la cause principale de cette augmentation du pourcentage des rechutes par rapport au nombre des entrants de l'année, les tuberculoses traitées autrefois par collapsus ayant moins tendance à récidiver. Hors un seul cas où la rechute survenue après une exérèse du lobe supérieur droit, a paru constituer un foyer nouveau, siégeant dans la région moyenne, dans une zone apparemment saine, pour tous les autres cas, il s'agit d'une réactivation

des foyers antérieurs tantôt le foyer originel avait totalement disparu et il est redevenu visible, tantôt les condensations du début s'étaient estompées en grande partie, mais il persistait quelques tâches qui ont évolué de nouveau.

En général ces rechutes sont fréquentes en Juin et Novembre, donc aux périodes des examens; mais, par ailleurs, elles sont à peu près également réparties sur le reste de l'année. Notons, en outre que les deux tiers des rechutes surviennent dans les 6 premiers mois du séjour en Post-Cure, sur une durée moyenne de 9 mois, qui paraît un minimum.

Enfin si les rechutes les plus fréquentes concernent les foyers non collabés, traités par lacure simple et les antibiotiques, il nous faut signaler que 25 % de ces rechutes sont survenues sous un pneumothorax, qui semblait efficace et 10 % après abandon du collapsus gazeux.

La reprise des études est une obligation pour tous les sujets reconnus aptes médicalement. Chaque étudiant, dès son entrée en post-cure a un entretien particulier avec le médecin-directeur et le directeur des études qui s'enquière de ses possibilités et lui donnent des conseils au sujet des études qu'il compte poursuivre ou entreprendre et de leurs débouchés. Depuis 1951, il existe à Belledonne, une Commission de reclassement qui s'occupe de tous les problèmes d'orientation et de placement. Les étudiants suivent les cours des facultés ou écoles supérieures; ils peuvent bénéficier de cours organisés à la Post-Cure par le Directeur des Etudes. D'une manière générale, le pourcentage des succès obtenus par les étudiants de la Post-Cure est supérieur à celui de l'ensemble des facultés de Grenoble, ce qui s'explique aisément par la discipline de vie à laquelle sont astreints nos malades stabilisés.

Pourcentages globaux de succès aux deux sessions

<u>1949</u>	<u>1950</u>	<u>1951</u>	<u>1952</u>	<u>1953</u>
63 %	56 %	60 %	54 %	53 %

Nous pouvons comparer, pour certaines disciplines les pourcentages respectifs de succès à la Post-Cure et dans l'ensemble des études de la Faculté.

cf Tableau n°23.

TABLEAU N° 23

		DROIT	LETTRES	SCIENCES
1951	FACULTE DE GRENOBLE	40 %	43 %	35 %
	POST-CURE de BELLEDONNE	61 %	62 %	54 %
1952	FACULTE DE GRENOBLE	49 %	47 %	39 %
	POST-CURE de BELLEDONNE	60 %	71 %	35 %
1953	FACULTE DE GRENOBLE	37 %	49 %	35 %
	POST-CURE de BELLEDONNE	61 %	45 %	41 %

Notons que depuis trois ans, le nombre des candidats et celui des succès à tendance à fléchir:

Année 1951: 201 candidats, 60 % de succès.

Année 1952: 177 " , 54 % "

Année 1953: 162 " , 53 % "

4°) Signalons pour terminer une réalisation dont l'initiative revient à la Caisse primaire de Sécurité Sociale de Grenoble. Il s'agit de la création de deux maisons de post-cure pour tuberculeux non contagieux qui sont en voie de construction. L'une, pour les hommes, comprendra 100 lits et sera située dans le département de l'Isère; l'autre, pour les femmes, aura 75 lits et sera située à Gravenand dans le département de la Loire. Cette réalisation sera l'oeuvre d'une fédération de caisses primaires de la région Rhône-Alpes et la caisse régionale de Lyon.

E) LA PRÉMUNITION PAR LE B.C.G.

Depuis la découverte du phénomène de Koch en 1891, les expériences tentées par Calmette et Guérin sur les bovidés en 1906, montrant que seule la présence de bacilles tuberculeux et de bacilles tuberculeux vivants pouvait créer dans l'organisme un état d'immunité relative, permettant à l'individu de résister aux réinfections massives, de nombreux chercheurs de tous les pays ont essayé de réaliser une vaccination antituberculeuse par une inoculation de bacilles tuberculeux avirulents. Calmette et Guérin eurent le mérite d'obtenir à partir du bacille tuberculeux bovin, après treize ans de culture et 230 repiquages sur milieu bilié glycérimé, une race de bacilles devenus inoffensifs pour le cobaye et en 1921, après de nombreuses études sur les animaux, entreprirent la vaccination chez l'homme. En somme, comme l'a dit le Dr. Guérin, "en matière de Tuberculose, la place appartient au premier occupant. Si ce premier occupant est un bacille inoffensif, tant mieux, le sujet sera prémuni contre les infections virulentes. Si, au contraire, ce premier occupant est un bacille tuberculeux humain, donc virulent, il provoquera les lésions habituelles dues au bacille tuberculeux".

Après la vaccination, l'immunité obtenue est explicitée par l'étude de la sensibilité cutanée à la tuberculine, sans qu'il s'agisse là d'un véritable test permettant d'éprouver cette immunité et sans qu'il faille confondre immunité et allergie.

Les travaux de Calmette et Guérin eurent un grand retentissement dans le monde, et partout furent entreprises des expériences de contrôle. Celles-ci se révélant satisfaisantes, dans certains pays une large utilisation de la vaccination par le B.C.G. fut faite. En Juin 1948, au 1er Congrès International du B.C.G. tenu à Paris, les savants de 35 nations réunis furent d'accord pour proclamer l'innocuité absolue et l'efficacité certaine du vaccin B.C.G. et demander l'application obligatoire de ce mode de vaccin antituberculeux B.C.G. Le 5 Janvier 1950 était promul-

gué la loi n° 50-7 rendant obligatoire pour certaines catégories de la population la vaccination par le vaccin antituberculeux B.C.G. Mais avant d'étudier l'appareil législatif actuel et son application dans le département de l'Isère, il convient de rendre un juste hommage au Pr. Bétoux pour l'action inlassable qu'il a menée dans ce département en faveur du B.C.G. depuis 1929. Nous l'avons déjà examinée dans le chapitre de l'isolement des enfants nés de parents tuberculeux et nous n'y reviendrons pas. En dehors du Centre de Vaccination du Pr. Bétoux, il faut reconnaître que la prémunition par le B.C.G. était peu pratiquée par les dispensaires et le Médecine préventive scolaire et universitaire. Le tableau suivant nous montre le nombre de vaccinations au B.C.G. effectuées ces dernières années par les dispensaires de notre département et par l'ensemble des dispensaires de la France métropolitaine.

Vaccinations par le B.C.G.	1949	1950	1951	1952
Isère	35	26	29	40
France	13.711	12.427	10.495	9.685
Moyenne par départ....	152	136		107

Nous pouvons constater que sur ce point particulier notre département n'occupait pas une position de proue par rapport à l'ensemble des départements français.

Appareil Législatif actuel

Le Loi du 5 Janvier 1950 rend obligatoire pour certaines catégories de la population, au nombre de 8, la vaccination par la vaccin antituberculeux B.C.G. Ses modalités d'application ont été fixées par de nombreux décrets, décret du 9 Juillet 1951 portant règlement d'administration publique pour l'application de la loi du 5 Janvier, décret du 1er Septembre 1952, fixant les dates d'application de la vaccination aux différentes catégories de

la population soumises obligatoirement à cette vaccination, arrêté du 4 Novembre 1952 relatif aux techniques de vaccination par le B.C.G.

A la suite d'une campagne de dénigrement contre la vaccination du B.G.G., le conseil Général du Département de l'Isère a retardé jusqu'aux dernières semaines de Novembre 1953 le vote des crédits destinés à l'organisation des Centres de vaccination. Ce n'est qu'à partir du 1er Janvier 1954 que ces centres sont entrés en action. Ils sont au nombre de cinq, situés respectivement à Grenoble, Vienne, Bourgoin, Voiron et Vizilles. Ces centres sont installés provisoirement dans les dispensaires de ces villes et dépendent jusqu'à nouvel ordre des médecins de ces dispensaires. Progressivement, leur nombre sera augmenté, et la création d'un Centre de vaccination au plateau de Villard de Lans est d'ores et déjà envisagée. Par ailleurs, en accord avec la direction départementale de la Santé, les Services de Médecine préventive universitaire vont assurer à nouveau la vaccination par le B.C.G. aux étudiants anergiques assujettis à la loi depuis cette année.

Etant donné le caractère récent de la mise en application de ces centres, nous ne pouvons donner de renseignements statistiques sur leur fonctionnement.

F) LA LUTTE CONTRE LA TUBERCULOSE BOVINE

Nous ne pouvons terminer l'étude de la prophylaxie antituberculeuse sur le plan sanitaire dans le département de l'Isère sans parler de la lutte contre la tuberculose bovine, qui est assez fréquente en France (environ 40 % du cheptel) et dont la propagation à l'homme peut se faire par ingestion de viande et surtout de lait infectés. N'tons cependant que les travaux à ce sujet révèlent très peu de tuberculose humaine à bacilles bovins en France, contrairement à ce qui se passe dans certains pays et que ce fait résulte, selon toute probabilité, de l'habi-

tude prise dans notre pays de consommer le lait après ébullition.

Rappelons brièvement les différents textes de loi qui permettent d'assurer cette lutte contre la tuberculose bovine, et qui visent successivement à la protection du cheptel, la surveillance des abattoirs et la protection du lait

La loi du 7 Juillet 1933 et les décrets et arrêtés pris en application de cette loi précisent les conditions d'"une prophylaxie libre" de la Tuberculose bovine par les Services Vétérinaires départementaux, en accord avec les propriétaires qui en font la demande. Celle-ci agréée, le vétérinaire qualifié visite l'exploitation, recherche les animaux contagieux qui sont soumis aux obligations de la loi, qui doivent être isolés, séquestrés, dont la vente est interdite, même pour la boucherie. Le reste de l'effectif est soumis à la tuberculation par des procédés divers. Les animaux reconnus tuberculeux sont séparés des animaux sains. Ils ne peuvent être destinés qu'à la boucherie. Les locaux ainsi libérés sont désinfectés et l'exploitation ne peut être déclarée saine que lorsque tous les animaux tuberculeux ont disparu et que deux tuberculinations à 6 mois d'intervalle sont restées négatives pour la totalité de l'effectif.

A ce moment, une patente, toujours temporaire, peut être accordée à l'exploitant. Sa validité n'excède jamais une année. Elle est renouvelée si l'étable est salubre et si les tuberculinations restent négatives.

Le deuxième volet de la prophylaxie comprend la vaccination par le B.C.G. (Arrêté du 17/8/36) qui peut être pratiquée dans les exploitations dont les animaux atteints de formes légalement contagieuses de Tuberculose ont été abattus et dont les réagissants à la tuberculine ont été isolés et séquestrés.

Un décret du 24 Janvier 1934 prévoit la saisie totale des viandes d'animaux tuberculeux dans certaines conditions (tuberculose miliaire aiguë, tuberculose caséuse avec foyers de ramollissement étendus à plusieurs organes, tuberculose caséuse avec lésions ganglionnaires à caséification rayonnée); la saisie

et l'exclusion en partie de la consommation dans tous les autres cas. La délimitation des saisies est fonction de l'étendue des lésions tuberculeuses.

Les décrets du 27 Février 1940 et du 17 Juillet 1941 concernant la stérilisation des viandes d'animaux tuberculeux reconnues insuffisamment alibiles.

Enfin le lait qui est le principal véhicule du bacille tuberculeux bovin réclame une protection stricte:

- le décret du 29 Janvier 1934 stipule que le lait provenant des animaux atteints de Tuberculose légalement contagieuse doit être rejeté à la consommation.
- la loi du 2 Juillet 1935 par son article 6 rend obligatoire la Pasteurisation du lait.

La Direction de la lutte contre La Tuberculose bovine est assurée sur le plan départemental par le directeur des Services vétérinaires du département.

Depuis 1937, dans le département de l'Isère, qui compte près de 204.000 bovins à l'heure actuelle, plus de trois cents exploitations ont été assainies à titre individuel. Mais il a fallu constater que les propriétaires ne faisaient pas une prophylaxie permanente, continue, et que souvent après avoir effectué des travaux de modernisation de leurs installations, ils négligeaient de poursuivre la lutte contre la tuberculose bovine.

Voici quelques chiffres:

En 1950,	il y eut:	375 animaux saisis,	soit	33.876Kg	de viande
En 1951,	" " "	: 390	" " "	31.288Kg	" "
En 1952,	" " "	: 298	" " "	33.000Kg	" "

Aussi depuis 1952, la lutte se fait sur le plan collectif, dans le cadre d'une commune, d'un syndicat de contrôle laitier par exemple. Ces mesures ont porté quelques fruits. En 1953 à Villard-de-Lans, sur 1600 bovins tuberculinés, il y eut 23 réactions positives seulement, à Corençon, sur 252 bovins tuberculinés, une réaction positive.

Pour terminer nous mentionnerons une excellente réaction -

lisation du bourg de Cinar, où toutes les étables ont été complètement assainies de la tuberculose par abattage de toutes les bêtes suspectes et malades, c'est la création d'un Centre de Ramassage et de Refroidissement du lait, d'où celui-ci est expédié ensuite en bidons plombés à la Coopérative laitière de Grenoble qui le destine aux enfants de Ecoles Maternelles de la ville. La Pasteurisation obligatoire du lait est une bonne mesure, mais fournir aux enfants du lait provenant d'un cheptel offrant toutes les garanties est une autre précaution dont la généralisation à toute la France est souhaitable.

En conclusion, nous avons examiné les différentes étapes de la Prophylaxie antituberculeuse sur le plan sanitaire dans le département de l'Isère:

La dépistage par les nombreux examens systématiques prescrits par la loi, l'isolement des tuberculeux dans les Etablissements de cure, la séparation des enfants de leurs parents contagieux, la prémunition par le Vaccin B.C.G. en demeurent les éléments de base avec la réadaptation à la vie normale des malades stabilisés ou en voie de guérison.

Ces différentes modalités de la Prophylaxie antituberculeuse n'ont pas toujours reçu un développement adéquat, cependant dans bien des cas leur application dans notre département a été oeuvre de pionnier, qui s'est généralisée ensuite à toute la France.



II LA PROPHYLAXIE SUR LE PLAN ECONOMIQUE ET SOCIAL

Nous avons écrit, à l'introduction, que la prophylaxie antituberculeuse ne doit pas se limiter à des réalisations sanitaires, mais qu'elle doit promouvoir des mesures d'ordre économique. Certes nous devrions prendre le mot économique dans son acception la plus large et comprendre sous cette rubrique l'étude de toutes les mesures visant à augmenter le standard de vie des populations, telles que l'augmentation progressive des salaires, la réduction proportionnelle de la durée du travail, l'amélioration de l'habitat et de l'alimentation notamment. S'il est bien certain qu'en l'absence du bacille de Koch, le taudis le plus malsain, la sous-alimentation la plus avancée ne peuvent en eux-mêmes créer la Tuberculose, ces deux facteurs demeurent de puissants adjuvants. De Nombreux travaux en font foi, et il nous faut citer les phrases prophétiques du Dr. E. Bernard, écrites en 1938, qui devaient recevoir une si pénible confirmation quelques années plus tard: "La Tuberculose est le type même de la maladie sociale. A ce titre, elle est destinée à être influencée par tout ce qui touche en bien ou en mal la société"

"Si Dans un pays la situation économique périclité, si de ce fait le niveau de vie s'abaisse, ce pays connaîtra un fléchissement dans le recul de la Tuberculose. A plus forte raison si ces difficultés économiques aboutissent à la sous-alimentation d'une partie de la population, le taux de mortalité par Tuberculose remontera" (1)

Et aussi le Dr. Berthet, directeur du Centre International de l'Enfance:

"La lutte contre la Tuberculose est, autant qu'un problème médico-social, un problème de politique général des Etats. Elle pose, dans toute son ampleur la question de la lutte contre la misère sous toutes ses for-

(1) in "Tuberculose et Médecine Sociale"

mes; elle exige des conditions de vie plus humaines; elle suppose que des solutions rationnelles soient apportées aux problèmes de l'habitat, de l'alimentation, de l'organisation du travail et des loisirs" (2)

Nous donnons ici une statistique extraite de la thèse du Dr. Montcenis sur "la lutte contre le taudis à Grenoble" de 1910 à 1937 qui permet de comparer les pourcentages de décès par 100.000 habitants selon la salubrité des quartiers. Les chiffres sont éloquentes et n'appellent pas de commentaires.

TABLEAU N° 24

=====

Pourcentage des décès enregistrés à Grenoble entre
1911 et 1937

Cause des Décès	! Quartiers insalubres ! Quartiers salubres	
	! pour 100.000 habitants	
- Mortalité infantile!	116	! 38
- Diphtérie	! 86	! 4
- <u>Tuberculose</u>	! 260	! 83
- Mortalité générale !	1712	! 1119

=====

Mais dans le présent travail, nous nous limiterons à l'étude de l'aide directe apportée au malade, à sa famille déssemparée et désorganisée par l'atteinte tuberculeuse de l'un des siens. Cette aide peut revêtir deux formes: tout d'abord, la prise en charge en partie ou en totalité des frais de traitement; ensuite l'octroi d'allocations diverses.

Nous rappellerons brièvement la loi de 1893 relative à l'Assistance Médicale Gratuite, la loi du 30 Mars 1929 qui assurait aux fonctionnaires tuberculeux un congé de longue durée

(2) in "l'efficacité de 25 ans de lutte antituberculeuse dans le département français".

avec paiement de leur traitement pendant quelques années; la loi sur les Assurances Sociales de 1930 dont les assujettis tuberculeux bénéficiaient de secours modestes. Pendant la guerre, le Secours National, puis l'Entr'aide Française aidèrent le Tuberculeux guéri à reprendre plus facilement une existence normale par l'Assistance post-sanatoriale. Nous y reviendrons.

Après la guerre, des textes législatifs importants furent votés et ont amélioré l'aide économique sous ses deux formes aux tuberculeux.

L'Assistance Médicale Gratuite demeure et assure les frais de traitement et des allocations à la vérité insuffisantes. Voici quelques données concernant les dépenses de l'Assistance de notre département.

cf tableau si-joint

! Année !	Nombre de malades bénéficiaires	!	Dépenses	!
! 1939 !	330	!	3.213.835	!
! 1945 !	445	!	6.892.253	!
! 1952 !	415	!	56.095.054	!

L'Ordonnance du 19 Octobre 1945 sur la Sécurité Sociale par son article 35 prévoit au bénéfice de l'assuré et des ayants-droit la couverture des frais de toute nature pour permettre au malade de guérir et de recouvrer sa capacité de gain. Elle octroie à l'assuré lui-même bénéficiant de la longue-maladie une allocation mensuelle égale à la moitié de son salaire, mais dans la limite de la moitié du salaire mensuel maximum dont on tient compte pour le calcul des cotisations. Cette allocation peut être des deux tiers du salaire si l'assuré a au moins trois enfants, mais elle ne peut excéder les 2/3 du salaire mensuel maximum entrant en compte pour le calcul des cotisations dues par un assuré payé mensuellement. Ces Allocations sont servies pendant une période maximum de trois ans. Elles peuvent être main-

tenues par la Caisse en cas de reprise du travail, de rééducation professionnelle, mais ne peuvent excéder trois ans. Elles peuvent être revalorisées si une augmentation générale des salaires intervient pendant l'incapacité de travail.

En 1952, dans notre département, le bénéfice de la longue maladie a été accordée à 2.460 malades pour la Tuberculose, dont 1.689 étaient assurés sociaux, le reste représentant des ayants-droit.

Il faut maintenant examiner une réaction importante de l'Ordonnance du 31/10/45, les Comités Antituberculeux d'Entraide et d'Education Sanitaire prévus par l'article 30. Ces comités qui doivent être créés dans chaque département assument la double fonction d'aider les tuberculeux et leurs familles, indépendamment des lois sociales, et d'organiser la propagande sanitaire antituberculeuse, ainsi que la Campagne annuelle du timbre antituberculeux suivant les directives du Comité National de Défense contre la Tuberculose. L'aide aux tuberculeux et à leurs familles seuls, fait l'objet de ce chapitre. Nous verrons au chapitre suivant l'éducation sanitaire antituberculeuse.

Le Comité antituberculeux d'Entraide et d'Education sanitaire est placé sous l'autorité du Directeur départemental de la Santé et sous le contrôle du Médecin-Phtisiologue départemental. Il siège au chef-lieu du département (à Grenoble, place Bir-Hakeim). Des Comités locaux peuvent être constitués dans les arrondissements des grandes villes, et dans les villes d'une certaine importance du département. Ses ressources se composent essentiellement:

- des cotisations et souscriptions de ses membres,
- des subventions éventuelles du département, des communes et des établissements publics,
- des produits de la vente du timbre anti-tuberculeux, qui après les prélèvements au profit du Comité National de Défense contre la Tuberculose, lui sont alloués et financent d'ailleurs la majorité de ses activités.

Ainsi que le précise la circulaire n° L74 du 25 Juillet 1946 du Ministère de la Santé Publique et de la Population, le Comité antituberculeux assure:

1°) L'attribution de secours en nature et en espèces aux tuberculeux et à leurs familles avant, pendant et après leur hospitalisation et à domicile. Un effort d'adaptation à chaque cas social est fait. Ces secours peuvent revêtir plusieurs formes. Il s'agit:

soit de secours adressés au malade lui-même

soit de secours attribués à la femme ou à la famille qui demeure au foyer,

soit de vêtements destinés au trousseau nécessaire pour le départ en cure,

soit de colis de Noël.

Les demandes de secours sont instruites par le Dispensaire antituberculeux auquel le malade est inscrit ou rattaché. Elle sont ensuite transmises, après enquête, au Comité départemental qui les accepte ou les rejette. L'assistante sociale du dispensaire contrôle, aussi discrètement que possible, l'emploi et l'efficacité de l'aide ainsi accordée dont elle remet elle-même le montant à l'intéressé.

Pour la constitution d'un vestiaire, la filière est la même, et c'est l'Assistante sociale, qui, en accord avec la famille ou l'intéressé sur les pièces du trousseau qui sont nécessaires, va procéder à leur achat avec les fonds accordés par le Comité.

Enfin aux fêtes de Noël, chaque année, le Comité adresse à tous les enfants du département se trouvant en sanatorium, en préventorium ou à l'Oeuvre Grancher un colis de jouets, de vêtements et de friandises.

2°) Le reclassement du tuberculeux à sa sortie du sanatorium par la création d'un Service d'orientation et de placement, la fourniture et le prêt de matériel de travail, l'attribution de secours en espèces ou de prêts temporaires d'atten-

to, de compléments de salaire.

Cette aide post-sanatoriale, si importante pour aider ce sujet diminué à réintégrer la vie normale sans rechute, actuellement confiée au Comité National de Défense contre la Tuberculose, qui l'assure en liaison avec les comités antituberculeux d'entr'aide et d'éducation sanitaire n'est pas à la vérité une création de toutes pièces de l'Ordonnance du 31 Octobre 1945. En effet, durant la guerre de 1939-45, certaines personnalités du département de l'Isère prirent clairement conscience de la lamentable situation qui était celle des malades stabilisés ou en voie de guérison à leur sortie du sanatorium. Et, c'est ainsi que, dans le but de leur venir en aide par voie de conséquence de faciliter le désencombrement des établissements sanatoriaux du département, le Docteur E. Berthet en collaboration avec la Section départementale du Secours National puis de l'entr'aide Française et la Direction du sanatorium de l'Association Métallurgique et Minière, entreprit dès le mois de Janvier 1942 une expérience d'Assistance post-sanatoriale. Il s'agissait essentiellement de l'octroi d'une allocation compensatrice de salaire, s'adressant à des tuberculeux guéris ou en voie de guérison et stabilisés, non contagieux et capables de reprendre une activité normale. Cette allocation, ainsi que l'avait fixée le Docteur Berthet, était régressive et temporaire, d'une durée n'excédant pas en général 6 à 9 mois. Nous trouvons dans l'ouvrage déjà cité de E. Berthet et J. Crabol "l'efficacité de 25 années de lutte antituberculeuse dans un département français" les résultats suivants:

Entre 1942 et 1946, 265 tuberculeux ont été aidés dès
leur sortie du sanatorium,
207 ont été totalement reclassés,
38 ont subi une rechute, parmi
lesquels il faut relever 9
décès.

18 n'ont pu reprendre qu'une ac-

tivité partielle.

Cette expérience d'Assistance post-sanatoriale sur l'impulsion du Docteur Berthet se développa bientôt au delà des limites de notre département pour s'étendre à la région Rhône-Alpes et enfin fut généralisée à l'ensemble du Territoire français par le Comité National de Défense contre la Tuberculose. Elle a pris une extension particulière avec la création des Comités antituberculeux d'entraide et d'éducation sanitaire. L'ampleur de la demande a conduit à décider une hiérarchisation des différentes allocations depuis le mois de Mai 1952. Ainsi seront accordés par priorité:

- l'aide aux tuberculeux guéris sortant de sanatorium, capables de se réadapter progressivement au travail, et dont la réadaptation et le reclassement ne sont pas pris en charge par la Sécurité Sociale ou les pensions militaires. Il s'agit d'une allocation compensatrice de salaire, assurée aux anciens malades travaillant à temps partiel et qui leur permet de recevoir un traitement complet, en attendant qu'ils puissent travailler normalement. Le montant de l'allocation dépend, de la situation sociale et des ressources de l'ancien malade, sans toutefois jamais dépasser 50 % du salaire minimum vital de la localité. Quant à l'allocation équivalente à la moitié de ce salaire minimum que pouvait recevoir pendant deux ou trois mois le malade sortant de sanatorium guéri ou stabilisé, en attendant sa reprise de travail, elle ne peut guère être attribuée plus d'un mois maintenant.
- l'aide pour le reclassement des artisans anciens malades, pour faciliter le travail à domicile des chroniques valides en particulier. Cette aide peut être accordée sous forme de dons fourniture jusqu'à

un montant maximum de 10.000 francs ou sous forme de prêt d'outillage (machines, matériel d'exploitation nécessaires à l'équipement de l'atelier) pour un montant maximum de 50.000 francs. Il a été décidé en 1952 que des délais seront fixés aux artisans pour l'achat de ce matériel (5 ans par exemple) qu'ils paieront au prix de facture diminué d'un coefficient d'usure après estimation d'expert.

- Les allocations pour congés payés supplémentaires de 15 jours assurées pour moitié par la caisse d'entraide du Comité d'entreprise et par le Comité antituberculeux (pour la totalité par le comité antituberculeux si possible, quand il n'y a pas de Caisse d'entraide) sont limitées à ceux qui ont repris le travail depuis un an (au lieu de deux, auparavant) et dont le revenu mensuel n'excède pas 40.000 francs.
- enfin, l'aide aux mères de famille se réadaptant aux travaux domestiques. Il s'agit de donner aux mères de famille convalescentes le moyen de payer au tarif légal une femme de ménage (en général, ancienne tuberculeuse réadaptée) pendant deux ou trois heures par jour.

Nous pouvons fournir quelques statistiques sur l'aide aux tuberculeux dans notre département. Grâce au développement de l'action de notre Comité départemental et à la générosité de la population du département de l'Isère, cette aide a pris d'année en année une importance accrue, ainsi qu'en témoigne le tableau n° 25, page 100. (1)

(1) Ces renseignements statistiques ont été empruntés à l'ouvrage publié par le Comité antituberculeux d'E. et d'E.S. de l'Isère: "Missions et réalisations du Comité antituberculeux d'E. et D'E.S. du département de l'Isère.

ANNEES !	Aide aux Tuberculeux !	Nbre de Malades aidés !	Colis de Noël
1950 !	3.079.541 francs !	579 !	372
1951 !	4.389.405 " !	872 !	415
1952 !	5.030.124 " !	990 !	480
1953 !	7.132.219 " !	1137 !	512

Nous donnons maintenant le tableau par année des efforts et des résultats de l'Assistance post-sanatoriale. Ce tableau nous montre le développement important pris par cette assistance depuis 1942 année où elle fut mise en oeuvre pour la première fois.

TABIEAU N° 26

STATISTIQUE par ANNEE des RESULTATS OBTENUS par L'ASSISTANCE POST-SANATORIALE						
	1942	1943	1944	1945	1946	1953
-Malades aidés	38	57	43	62	65	765
-Reprises totales d'activité	32 84%	44 77%	32 74%	53 85%	46 70%	62%
-Reprises partielles d'activité		2 4 %	3 7 %	2 3 %	11 17%	18 %
-Rechutes	6 16%	11 9 %	8 18%	7 11%	6 9 %	20%
-Dépenses totales	89.435	255.000	242450	462750	571200	4.969.924
-Dépenses par malade	2.400	4.500	5.620	7.242	8.800	15.000
-Nbre de mois d'aide par malade	4	5	4	6	5	3-4 mois

Mais pour atténuer la sécheresse de ces données statistiques, qui ne traduisent nullement la détresse de ceux que le Comité départemental a pu secourir et le bien-être qu'il a pu apporter à ces foyers dans le besoin, nous allons emprunter quelques exemples de familles, auxquelles notre Comité est venu en aide, à la brochure déjà citée (1).

Premier cas:

"Mr X....., 40 ans, marié et père de 5 enfants, 16, 14, 10, 8 et 2 ans, est atteint de Tuberculose pulmonaire et dépisté au dispensaire en 1952. Petit artisan, sculpteur sur bois, ne bénéficie pas de la sécurité sociale.

Son entrée au sanatorium laisse Madame X... avec 5 enfants et enceinte d'un sixième, sans autre ressource que les Allocations familiales s'élevant à 22.000 francs pour 7 personnes. Elle est obligée de fermer le petit atelier, leur seul employé contaminé par Mr. X... doit aussi partir en sanatorium.

Le Comité a alors remis à Madame X... la somme de 5.000 francs pendant 3 mois. Madame X... surmenée pendant l'absence de son mari, doit finalement entrer au sanatorium en 1953 et mettre deux enfants en préventorium.

Le père et la mère sont rentrés du sanatorium au début de l'année (1954); la famille est de nouveau au complet, les enfants sont au foyer. Il faut donc nourrir une famille de huit personnes avec les seules allocations familiales artisanales. Le Comité accorde:

1°) l'aide aux mères de famille à Madame X... qui va lui permettre de payer une femme de ménage tous les jours pendant trois mois

3 h. x 120 x 25 jours = 9000 francs
en comptant les cotisations à la Sécurité sociale, le comité agissant à l'égard de la femme de ménage comme employeur:

10.200 frs par mois pendant 3 mois.

2°) l'aide post-sanatoriale sous forme de complément de salaire. Monsieur X... qui a pu reprendre à mi-temps son travail, ne peut gagner que très peu: son travail de sculpteur étant long à exécuter. Le Comité lui a remis: 8.500 frs par mois pendant 3 mois.

Depuis 1952, le Comité a remis au total une somme de 71.000 frs.

Deuxième cas:

"La Famille X... est très éprouvée par le Tuberculose. Le père 47 ans, manoeuvre dans une usine de la ville, est hospitalisé en sanatorium. Il y a 7 enfants, de 20, 18, 16, 14, 9, 6, 2 ans. Sauf les deux aînés qui n'étaient pas au foyer, tous les enfants ont été contaminés. Les hospitalisations successives ont entraîné des frais de trousseau et une grosse diminution de salaire. Au retour des enfants et du père à la maison, cette famille de 9 personnes a pour toutes ressources:

Les Allocations familiales24.459 frs

Les prestations de la Sécurité Sociale...22.083 frs

soit un total de46.542 frs par mois, en attendant la reprise partielle des activités, possible seulement dans trois mois. Le Comité antituberculeux a remis à cette famille la somme de: 6.000 francs pendant trois mois.

L'aide économique dans le domaine scolaire et universitaire est difficile à chiffrer, car elle comprend tout ce qui agit sur le standard de vie des familles, donc des écoliers et des étudiants, sur le nombre des cantines scolaires et des restaurants universitaires et médico-sociaux et sur la qualité des repas servis, sur l'habitat des familles, les logements d'étudiants, sur le nombre et l'importance des bourses d'enseignement supérieur, notamment pour les étudiants en post-cure. Enfin, elle comprend l'aide financière directe aux étudiants nécessiteux, et plus particulièrement à ceux qui sont en post-cure et doivent se réadapter au travail ou s'orienter vers une autre carrière. Notre étude se bornera à ces derniers, dans le cadre de la post-cure de La Tronche (Isère)

- Les Bourses d'Enseignement supérieur.

Elle sont accordées par l'Université de Grenoble aux étudiants en post-cure et à ceux qui l'ont déjà quittée. Pour les premiers, le montant de la bourse est de 80.000 francs par an. Pour les "Anciens", le montant varie en général selon les ressources personnelles de l'étudiant. Il est rarement au-dessous de 80.000 francs par an.

!Nombre de boursiers!	Année 1952-53	!	Année 1953-54	!
!.....!		!		!
!en post-cure!	30	!	30	!
!"anciens"!	20	!	55	!
!Total!	50	!	85	!

- Prêts et Dons.

Outre l'obtention d'une bourse, l'étudiant nécessiteux qui se trouve en post-cure (ou en sanatorium) peut obtenir des secours de quatre organismes. Il peut en effet s'adresser:

- = soit à l'Association Générale des Etudiants en Sanatorium,
- = soit à la Mutuelle Nationale des Etudiants de France,
- = soit au Service social de la section de l'AGES à laquelle il appartient,
- = soit au Centre régional des Oeuvres en faveur des Etudiants,
- = soit à l'Association "Guy Rénard" qui groupe les Anciens membres de l'A.G.E.S. à leur sortie du sanatorium ou d'établissement de post-cure.

Voici quelques chiffres pour illustrer cette aide économique, qui concerne plus particulièrement les étudiants en post-cure à la Tronche.

TABLEAU N° 26

Organismes donateurs	Année 1952		Année 1953	
	Nbre de secours	Somme	Nbre de secours	Somme
Fonds du Centre régional des Oeuvres	324	381.000	440	492.050
Fonds de la M.N.E.F.	14	100.000	23	211.000
Fonds de l'A.G.E.S.	17	118.000	24	138.000
Fonds de la Section locale de l'A.G.E.S.	61	52.549	82	74.125
TOTAL	416	682.049	569	915.175

Le Centre Régional des Oeuvres en faveur des étudiants ne limite pas son aide économique aux étudiants en post-cure, mais s'adresse à tous les étudiants de sa circonscription. Cette aide est apportée par l'intermédiaire de l'Assistante Sociale, après enquête, sous forme de dons pour les frais d'inscription en faculté, de prêts ou d'allocations mensuelles.

- Restaurant médico-social.

En dehors des restaurants universitaires ouverts à tous les étudiants, il existe à Grenoble un restaurant médico-social. Créé en 1947 par le Centre régional des Oeuvres, ce restaurant médico-social fonctionne maintenant de façon très satisfaisante à son nouvel emplacement, rue Voltaire. Son but est de fournir une alimentation saine, équilibrée, satisfaisante et cela à un prix à la portée des étudiants. Par ailleurs, les régimes diététiques particuliers y sont préparés. Il existe maintenant des salles bien distinctes pour les étudiants simplement déficients et les anciens tuberculeux stabilisés, excluant tout risque de contamination possible.

La surveillance médicale dont dépend la remise des tickets est assurée par la médecine préventive universitaire.

Le prix du repas est fixé à 75 frs. pour l'étudiant, comme dans les autres restaurants universitaires, l'Etat fournissant une subvention de 115 frs par repas.

Le nombre des places est fixé à :

- 102 pour les étudiants sortant de post-cure,
- 88 pour les étudiants déficients.

Durant l'année scolaire 1952-53, le nombre des bénéficiaires a été de : 127 pour les étudiants sortant de post-cure,

197 pour les étudiants déficients.

- Logement.

Enfin notons pour terminer que le Service social de l'Université de Grenoble s'occupe activement de trouver un logement, une chambre chez des particuliers pour ceux qui sortent de la post-cure et dont un grand nombre se fixe à Grenoble. La Commission du Logement du Centre régional des Oeuvres veille à leur hygiène et à leur tarif. Les étudiants les plus favorisés bénéficient de la Maison des Etudiants de Grenoble qui comporte 400 chambres. Signalons le projet d'un foyer pour les

étudiantes et les jeunes ménages, élaboré par le Centre régional des Oeuvres en faveur de la Jeunesse scolaire et universitaire.

L'aide économique dans l'armée.

La loi n°49-489 du 12 Avril 1949 étend le bénéfice de la Sécurité Sociale aux militaires de tous grades possédant le statut de militaires de carrière ou servant au-delà de la durée légale en vertu d'un contrat ou d'une commission ainsi qu'à leur famille, aux retraités militaires et à leur famille.

Elle précise que les avantages acquis supérieurs à ceux accordés par la Sécurité Sociale ne pourront en aucun cas être réduits ou supprimés. C'est ainsi que les congés de longue durée sont de 5 ans avec solde entière par tranches de 6 mois renouvelables, puis de trois ans avec demi-solde.

Pour le militaire appelé ou jeune recrue, si une tuberculose pulmonaire est découverte au cours des trois premiers mois du service militaire, l'armée n'en assume pas les frais et le sujet est réformé immédiatement sans pension. Au-delà de ce délai, durant la période de service militaire et jusqu'à trois mois après la démobilisation la découverte d'une tuberculose pulmonaire entraîne l'hospitalisation du sujet dans un établissement sanitaire militaire et la constitution d'un dossier de pension.

Dans la lutte contre la Tuberculose bovine,

L'aide économique n'est pas négligée. Les propriétaires qui ont satisfait aux mesures exigées par la loi reçoivent des indemnités pour l'abattage de leurs animaux atteints. Elles sont de 30 % de la perte subie pour les animaux atteints de formes contagieuses, de 50 % pour ceux qui sont cliniquement atteints de formes non contagieuses, de 70 % pour les autres, avec un maximum qui est de 30.000 francs actuellement.

Ils reçoivent aussi des indemnités pour les frais de désinfection et d'aménagement hygiénique de l'étable. La subvention départementale est de 50 % du devis avec un maximum de 100.000 francs.

En outre, ils peuvent bénéficier de la gratuité des opérations de tuberculination et ultérieurement de vaccination. De plus la patente qui leur est délivrée leur permet de se prévaloir de l'état sanitaire de leur étable pour le commerce du lait.

En conclusion, nous faisons nôtre la pensée du Professeur E. Bernard: "Tout est rapidement un gain dans la lutte antituberculeuse: un logement sain au même titre qu'un diagnostic précoce; une alimentation suffisante au même titre que la construction d'un sanatorium; une surveillance du travail au même titre que l'ouverture d'un nouveau dispensaire", (1) et nous constatons que sur le plan économique, l'aide aux tuberculeux et à leur famille, ne relève plus de la simple charité mais se trouve codifiée par la loi. En ce domaine encore, le département de l'Isère a fait oeuvre de pionnier, notamment dans la création de l'Assistance post-sanatoriale.

(1) in " Tuberculose et Médecine Sociale"



III LA PROPHYLAXIE SUR LE PLAN PSYCHOLOGIQUE:
L'ACTION EDUCATIVE

Nous avons vu jusqu'ici l'importance des efforts déployés sur les plans sanitaire et économique dans la prophylaxie antituberculeuse. Pour terminer, il nous reste à apprécier le travail fait sur le plan psychologique, ce travail d'éducation sanitaire qui doit porter à la connaissance de l'homme l'ensemble des notions et des procédés qui peuvent lui permettre de garder sa santé. L'ignorance des symptômes essentiels de la Tuberculose, la méconnaissance des moyens de diagnostic habituels, les préjugés contre certaines thérapeutiques éprouvées ou à l'inverse l'engouement pour certains traitements qui n'ont pas fait leur preuve encore mais ont bénéficié d'une publicité excessive dans la grande presse, sont encore trop répandus, et demeurent encore vrai ce que disait le Pr. E. Bernard dans "Tuberculose et Médecine Sociale" en 1938: "Des contagions massives et follements prolongés, des symptômes évidents de maladie qui laissent les porteurs indifférents prouvent que trop de gens ne sont pas éduqués", et cette éducation sanitaire se révèle d'autant plus impérieuse que la législation en cours n'autorise pas l'isolement d'office du tuberculeux contagieux dépisté qui refuse de quitter son foyer ou d'éloigner ses enfants.

Que l'éducation sanitaire soit nécessaire pour amener le malade au médecin dès les premières atteintes du mal, pour justifier les examens systématiques qui paraissent encore à beaucoup comme des mesures administratives ennuyeuses auxquelles il est de bon ton de se soustraire, quand ils ne se heurtent pas à la simple indifférence, pour faire accepter certains traitements ou vaccins pénibles ou mutilants ou dont l'innocuité pourtant certaine n'est pas reconnue de tous, cela n'est plus à démontrer. Nous rappellerons seulement le retard apporté au vote des crédits destinés à l'organisation des centres de vaccination par le B.C.G. par le Conseil Général de notre département dont de trop nombreux membres s'étaient montré sensibles à une campagne contre le vaccin malgré les efforts des organismes compétents d'éducation

sanitaire.

Que l'éducation sanitaire soit efficace, cela nous paraît indiscutable et certains esprits critiques qui lui refusent toute valeur sont les premiers à reconnaître la puissance de la propagande sur le plan politique.

Enfin rappelons pour terminer que toute personne a droit à l'éducation (art. 26 de la Déclaration de Droits de l'Homme) et que la santé est l'un des droits fondamentaux de tout être humain.

Historique

La nécessité de l'éducation sanitaire se fit jour dès les découvertes de Pasteur au 19ème siècle et E. Duclaux, son disciple, engagea la lutte contre l'ignorance. Sur l'impulsion de plusieurs savants dont Léon Bourgeois, s'organisèrent ensuite de grandes campagnes contre les fléaux sociaux, campagnes qui furent continuées par l'Alliance de l'Hygiène Sociale. En 1901, deux nouveaux organismes, "la Société française de prophylaxie sanitaire et morale" et la "Société de préservation contre la Tuberculose", poursuivirent la lutte, en l'amplifiant. En 1916, en pleine guerre, Léon Bourgeois fonde le "Comité Central d'assistance aux militaires tuberculeux" qui consacre d'emblée une partie de son activité à l'éducation sanitaire. En 1917, la mission Rockefeller en France est d'un grand secours, tant dans le domaine de la lutte antituberculeuse en général que dans celui de l'éducation sanitaire en particulier, et jusqu'en 1922 elle y joue un rôle important, en liaison étroite avec le Comité National de Défense contre la Tuberculose, fondé en 1919. De 1925 à 1935, la Commission générale de propagande de l'Office National d'Hygiène met au point et réalise un grand programme d'éducation sanitaire, organise des campagnes éducatives à l'échelle de la nation, telle la campagne nationale du timbre antituberculeux, qui d'abord limitée au département de Meurthe et Moselle en 1925, se révéla si féconde par la large propagande qu'elle effectue et son rapport financier (3 millions de timbres confiés par la Mission Rockefeller furent vendus 250.000 frs) qu'en 1927 elle fut étendue à tous

les départements. A cette date, l'Office national d'Hygiène créa les premiers centres régionaux de propagande sanitaire.

Structure actuelle des organismes d'éducation sanitaire.

Depuis 1944, sur le plan national, l'organisation de l'Education sanitaire dépend du Ministère de la Santé Publique et de la Population, et se trouve sous l'autorité même du Ministre. Elle comporte deux organismes consultatifs et d'études:

- La Commission d'éducation sanitaire du Conseil permanent d'Hygiène Sociale,
- l'Assemblée des Directeurs de Centres interdépartementaux d'éducation sanitaire, démographique et sociale.

Elle comprend, en outre, un organe technique de coordination, qui est le Comité de direction du Centre National d'Education sanitaire, démographique et sociale et un réseau de 25 Centres interdépartementaux et des Sections départementales.

Le Centre interdépartemental pour les départements de l'Isère, la Drôme, la Savoie et la Haute-Savoie, fondé en 1947, a son siège 1, place Bir-Hakeim, à Grenoble. Sous la direction d'une personnalité choisie pour ses qualités morales, intellectuelles et scientifiques, appuyée par un Comité de direction, il comprend un secrétariat permanent avec deux secrétaires, dont une assistante sociale et de nombreux collaborateurs épisodiques, dont les conférenciers, en général des médecins ou des étudiants en médecine.

La financement du centre interdépartemental est assuré par des subventions du Centre National siégeant à Paris et des quatre départements qui dépendent de lui. En outre, selon la loi chargeant les Caisse régionales de Sécurité Sociale "de promouvoir et de diriger l'action sanitaire et sociale de l'ensemble des caisses de sécurité sociale de la région, dans le cadre de l'organisation générale établie par le Ministère de la Santé Publique et de la Population et selon les directives de celui-ci" la caisse régionale de Sécurité Sociale Rhône-Alpes, siégeant

à Lyon accorde une subvention annuelle au centre interdépartemental. Notons d'ailleurs qu'il entre dans les projets de la Caisse primaire de Sécurité Sociale de Grenoble de financer le centre départemental de l'Isère. Enfin, une bonne partie des ressources du Centre interdépartemental provient de la vente du timbre antituberculeux. En effet les comités antituberculeux d'entr'aide et d'éducation sanitaire doivent accorder 10 % des fonds à distribuer provenant de la vente du timbre au centre interdépartemental ré gissant leur département. Cette somme sera utilisée sur la base de:

- 75% réservés à la Section départementale d'éducation sanitaires pour la réalisation du programme d'action antituberculeuse,
- 25% attribués dans le même but au centre interdépartemental (Circulaire du Ministère de la Santé Publique et de la Population relative à l'utilisation des fonds du timbre antituberculeux n°86 du 28 Mars 1947)

Devant l'importance de la tâche assumée par le Centre interdépartemental d'éducation sanitaire qui assure seul toute la partie éducative concernant l'Hygiène préventive, collective et individuelle dont l'incidence est primordiale dans la lutte contre la tuberculose, il est apparu nécessaire d'augmenter ses ressources et la contribution financière des centres antituberculeux d'entr'aide et d'éducation sanitaire. C'est ainsi que la circulaire n° 55 du 24 Mars 1954 du Ministère de la Santé Publique et de la Population prescrit que chaque Comité départemental antituberculeux versera au Centre interdépartemental d'Education Sanitaire, dont il relève, une indemnité forfaitaire de 1 % de la recette annuelle du timbre.

Outre cet organisme responsable de l'Education Sanitaire d'une manière générale, et s'intéressant aussi bien à la Tuberculose qu'au Cancer, par exemple, il existe, à l'échelon départemental le Comité antituberculeux d'entr'aide et d'éduca-

tion sanitaire, dont nous avons étudié précédemment l'action économique. Prévu à l'article 30 de l'Ordonnance du 31/10/45, il a vu ses buts précisés par la Circulaire n° 313 du 19/11/47 du Ministère des Affaires Sociales et des Anciens Combattants. Il est chargé de l'organisation de la propagande sanitaire antituberculeuse en collaboration avec la Section départementale et le Centre interdépartemental d'Education Sanitaire. C'est lui qui doit organiser la campagne du timbre antituberculeux suivant les directives du Comité National de Défense contre la Tuberculose. Cette campagne, dont le programme est transmis au Centre interdépartemental chargé de sa mise au point technique avant son application, dure en général un mois, de la mi-Novembre à la mi-Décembre et est l'occasion d'une propagande éducative antituberculeuse intensive qui s'adresse au grand public par tous les moyens possibles. Elle permet aussi de réaliser une importante opération financière par la vente des vignettes.

Dans le département de l'Isère, il existe 12 Comités antituberculeux d'Entr'aide et d'Education Sanitaire, dont le principal se trouve à Grenoble, 1, Place Bir-Hakeim. Nous ne reviendrons pas sur les ressources de ces Comités, déjà étudiées au chapitre économique. Signalons que les instructions ministérielles précisent qu'une partie des fonds du timbre antituberculeux doit être réservée à l'Education Sanitaire, sans jamais excéder 15% du montant de ces fonds.

Moyens d'Action

Les moyens d'action dont disposent les organismes d'éducation sanitaire antituberculeuse sont nombreux. Nous en donnerons ici les principaux avant de passer à l'étude des réalisations de ces dernières années.

Le Centre interdépartemental d'Education Sanitaire tient à la disposition de tous ceux qui s'intéressent à l'Education Sanitaire les documents suivants:

I Propagande imprimée

1° "La Santé de l'Homme", revue médico-sociale de

haute tenue, de publication menseulle, dont certains numéros furent consacrés en 1952 à la Tuberculose, l'Hygiène Publique,,etc.

2° Des Fiches éducatives, d'un format de 13/20 résumant en peu de lignes l'essentiel des questions abordées et plus particulièrement destinées aux éducateursn aux Assistantes sociales, aux dirigeants d'Oeuvres....

Citons les fiches suivantes sur la Tuberculose:

- Les signaux d'alarme de la Tuberculose
- Les Dispensaires antituberculeux
- La post-Cure sanatoriale
- Les réactionsdela Tuberculose
- l'Organisation actuelle de la lutte antituberculeuse en France,
- le B.C.G., vaccin antituberculeux.

3° Les Affiches, notamment celles sur la carte des Sanatoriumx en France, la Vaccination par le B.C.G., les affiches des campagnes du timbre antituberculeux.

4° Les Brochures et les Tracts qui sont très nombreux.

- Connaître la Tuberculose, c'est déjà la combattre,
- Ce que chacun doit savoir sur la Tuberculose,
- La Tuberculose, fléau social,
- Laënnec et Villemin,
- Soins de la Tuberculose à la maison (infirmière)
- Soins de la Tuberculose à la Maison (malade)
- Pour tenter d'échapper à la Tuberculose,
- Résolution du 1er Congrès International du B.C.G.,
- Guérir la Tubercylose est bien, mais mieux vaut prévenir,
- La lecture au S_anatorium,
- Psychologie et Traitements psychologiques des Tuberculeux,

- A propos de la Tuberculose,
- Une campagne internationale de vaccination par le B.C.G.,
- La Prophylaxie maxima antituberculeuse de demain,
- Le rôle éducatif des campagnes du timbre antituberculeux,
- Buts de la Campagne du Timbre antituberculeux,
- Dès les premiers signes, faites vous examiner,
- l'Organisation actuelle antituberculeuse en France.

II Outre cette importante documentation écrite à la disposition de tous, le Centre possède une filmathèque assez riche et se charge d'organiser des séances de projection avec la collaboration de son cinéaste. Il possède de nombreux films sonores en 16 ou 35 mm. Signalons:

- La Tuberculose, ses causes, ses lésions.
Durée 15'
- Signaux d'Alarme: Durée 8'
- La vie en préventorium: Durée 12'
- Mieux vaut prévenir: 15'
- La protection du foyer contre la tuberculose
Durée: 20'
- Combat pour tous, qui a été tourné en grande partie au Sanatorium des Etudiants de France à St. Hilaire du Touvet.
- Le B.C.G.: Durée: 20'
- Le B.C.G.: " ! 3'
- Tôt dépisté, tôt guéri: 3'
- Sans repos pas de guérison: 3'
- Villemin: 3'

Citons pour terminer quelques films fixes:

- le B.C.G.
- la Tuberculose

- Laennec
- Villemin
- Le Timbre antituberculeux

Réalisations

Depuis 1947, le Centre interdépartemental d'Education Sanitaire, démographique et sociale pour l'Isère, la Drôme, la Savoie et le Haute-Savoie a réalisé de gros efforts pour toucher largement la population du territoire dont il est responsable, tant dans les milieux ruraux que dans les villes, à tous les échelons, âge, milieu social, etc... Nous allons signaler quelques unes des actions de ce Centre conjointement avec le Comité départemental d'entr'aide et d'éducation sanitaire.

1°) Des Emissions radiophoniques sont faites tous les mardi en 15 sur les antennes d'Alpes-Grenoble par des médecins grenoblois et nous relevons les sujets suivants concernant plus particulièrement la Tuberculose:

- La Tuberculose
- Ouverture officielle de la Campagne du Timbre antituberculeux par Monsieur le Préfet du département de l'Isère
- La Coupe du "Progrès" décerné au comité antituberculeux de l'Isère
- Le Rimifon
- La vaccination préventive de la Tuberculose par le B.C.G.
- le Centre de Post-Cure de Ponsonnas.

2°) Des Articles de presse grâce à l'obligeance du Journal "Le Dauphiné Libéré", sont publiés tous les 15 jours pour tenir en éveil l'attention du public, mais aucun ne fut consacré à la Tuberculose durant l'année 1952, en dehors des articles d'Hygiène générale.

3°) Des conférences suivies de discussions ont été faites dans les milieux les plus variés, joignant à la parole l'appui du contact direct avec le conférencier. Citons par exemple:

- La Tuberculose par le Dr. Roulet à Claix, en deux conférences réunissant 300 et 180 personnes.
- La Tuberculose par le Dr. Fabre au C.R.E.P.S. (240 personnes)
- La Vaccination par le B.C.G. par le Pr. L. Béthoux à l'Association des parents d'élèves d'écoles laïques (200 personnes)
- La Tuberculose par le Dr. Pin aux secouristes de la Croix-Rouge (180 personnes)
- aux élèves de l'école normale, garçons et filles (120 personnes)
- aux pompiers de Grenoble (90 personnes)
- au couvent du Bon Pasteur (180 personnes).
- L'Hygiène générale par le Dr. Thys à l'Association des parents d'élèves. (180 personnes).

Enfin des séries de conférences furent faites aux Assistantes Sociales, aux Conseillères Municipales, aux foyers ruraux, aux C.R.S. de Grenoble, chez les Etudiants. En accord avec l'Inspection Académique et avec le concours des Internes des Hôpitaux de Grenoble, le Centre a organisé des cours de secourisme pratiques dans toutes les écoles primaires de la ville et des conférences sur l'Hygiène, la Tuberculose, sont ajoutées au programme scolaire des Centres d'Apprentissage et Collèges techniques du département. Saluons cette initiative isolée, dont l'intérêt est d'autant plus évident que nous devons déplorer l'absence de toute éducation sanitaire des programmes des facultés et des établissements d'Enseignement du 2ème Degré, du Technique et de l'Apprentissage en France. Rappelons que seule l'Ecole primaire dispense quelques notions d'Hygiène et souhaitons que le voeu de Burnet, "L'Ecole primaire doit être le temple de l'Hygiène" soit rapidement étendu à toutes les catégories d'Etablissements d'enseignement

ment et d'éducation.

4°) Les Activités cinématographiques.

De nombreuses tournées cinématographiques furent organisées avec la collaboration du cinéaste du Centre (Mr. Gimel), les projections étant précédées ou accompagnées d'un court exposé permettant de mieux retenir les images projetées. Citons par exemple:

- "Combat pour tous" au camp de Vacances de Pont-charra (350 spectateurs)
- aux secouristes de la Croix-Rouge (180 spectateurs)
- au couvent du Bon Pasteur (100 spectateurs)
- "Combat pour tous", "Signaux d'Alarme", à Claix, 1ère projection: 300 spectateurs
 2ème " : 180 "
 aux agriculteurs de St. Etienne/ 175 "
- "Grandes routes", "Enfants en Forêt Noire" aux Associations familiales de Fontaine: 100 spectateurs.
- "Vacances en Forêt Noire", "Cité Radieuse" aux élèves du Dispensaire de la Croix-Rouge: 180 spectateurs,
 à la Morte: 200 spectateurs.
- "Camps de Vacances" à l'Association des Fils de tués de Voiron: 100 spectateurs.
- "La B.C.G.", "L'Oeuvre Grancher" à l'Association des parents d'élèves d'écoles laïques: 200 spectateurs.
- "La B.C.G.", "Combat pour tous" à la Protection de l'Enfance de la Tronche: 80 spectateurs.
- "La Tuberculose" et "Combat pour tous" aux infirmières de St. Egrevil: 80 spectateurs.
- "La Tuberculose" au couvent du Bon Pasteur: 300

spectateurs

- "Signaux d'Alarme" aux paralysés de Chavallhon: 75 personnes.

5°) Outre cette campagne éducative, étalée sur toute l'année, dont nous venons de citer quelques exemples, la Campagne du Timbre antituberculeux chaque année, réalise en un court laps de temps, un mois, une propagande de forte intensité. Ses objectifs, nous l'avons dit, sont doubles:

- effectuer en un mois l'action la plus large sur un thème choisi de la Tuberculose (préminence du repos dans le traitement de la Tuberculose; Rôle du Dispensaire, par exemple) pour toute la nation par des - conférences

- des émissions radiophoniques, dont l'allocution prononcée par le Préfet du département pour l'Ouverture officielle de la Campagne.

- Des Séances de cinéma et en 1952 le film du Dispensaire a été passé au programme "Actualités" des cinémas de Grenoble et des salles des centres importants du département.

- Des Expositions et nous devons signaler que cette année des panneaux faits par le Centre d'Education Sanitaire, le Sanatorium des Etudiants de France, par la Maison de post-cure de Ponsonnas, de Belledonne, par le Sanatorium du Vion et l'Oeuvre Grancher ont été exposés au centre de Grenoble et ont été vus par plus de 15.000 personnes.

- recueillir de chacun son Obole pour la participation de tous à la lutte contre la Tuberculose. Nous avons déjà vu l'emploi des fonds ainsi réalisés. Nous n'y reviendrons pas. Cette campagne financière comprend l'organisation de dîners dansants, d'une tombola, d'un concert, d'une soirée théâtrale et surtout la vente de timbres aux automobilistes, aux commerçants et d'une manière générale au grand public. Il nous faut pour terminer mettre en relief l'importance

des efforts réalisés en ce secteur et de l'appui apporté par la population de notre département. Un tableau récapitulatif nous le montrera de 1927 à 1952, année où avec des recettes de plus de 11.400.000 francs le département de l'Isère se classait au 4ème rang des départements français, tandis qu'avec une moyenne de 45, 50 frs par habitant, la ville de Grenoble recevait du Comité National de Défense contre la Tuberculose la "Coupe des villes", récompensant la ville de France ayant obtenu la meilleure moyenne par habitant. Enfin, l'année 1953 a vu un nouveau succès de notre département, qui accède à la 3ème place avec une recotte de 13.316.932 francs et mérite la "Coupe du Comité National de Défense contre la Tuberculose", nouvelle distinction d'un palmarès déjà chargé.

RESULTATS des CAMPAGNES de VENTE du TIMBRE ANTI-TUBERCULEUX
DANS le DEPARTEMENT de l'ISERE

TABLEAU N°27

!	ANNEES	!	SOMMES GLOBALES	!	MOYENNES par HABITANT	!
!	1927	!	209.342 Frs.	!	0,08 par Hab.	!
!	1928	!	214.800 "	!	0,08 par Hab.	!
!	1929	!	256.399 "	!	0,38 " "	!
!	1930	!	265.226 "	!	0,47 " "	!
!	1931	!	267.206 "	!	0,47 " "	!
!	1932	!	269.841 "	!	0,47 " "	!
!	1933	!	275.764 "	!	0,48 " "	!
!	1934	!	276.036 "	!	0,48 " "	!
!	1935	!	274.014 "	!	0,48 " "	!
!	1936	!	304.848 "	!	0,56 " "	!
!	1937	!	327.104 "	!	0,60 " "	!
!	1938	!	332.463 "	!	0,60 " "	!
!	1939	!	280.314 "	!	0,50 " "	!
!	1942	!	315.400 "	!	0,50 " "	!
!	1943	!	664.358 "	!	1,15 " "	!
!	1944	!	1.022.980 "	!	1,95 " "	!
!	1945(Mai)	!	1.424.932 "	!	2,52 " "	!
!	1945(Déc.)	!	1.409.051 "	!	2,50 " "	!
!	1946	!	1.884.811 "	!	3,80 " "	!
!	1947	!	2.416.721 "	!	4,46 " "	!
!	1948	!	3.330.306 "	!	6,15 " "	!
!	1949	!	4.883.519 "	!	8,42 " "	!
!	1950	!	6.018.583 "	!	10,48 " "	!
!	1951	!	9.950.848 "	!	17,33 " "	!
!	1952	!	11.415.839 "	!	19,88 " "	!
!	1953	!	13.316.932 "	!	23,19 " "	!
!	=====	!	=====	!	=====	!

En conclusion, la prophylaxie antituberculeuse sur le plan psychologique, l'éducation sanitaire, est en plein développement dans le département de l'Isère, qui se classe parmi les premiers départements français, en ce domaine.

CONCLUSION



CONCLUSION

Nous avons étudié, dans le cadre du département de l'Isère, quelques aspects actuels de la prophylaxie antituberculeuse sur trois plans: sanitaire, économique, et psychologique:

1°) La lutte sur le plan sanitaire, l'action médicale, est celle qui a reçu le plus grand développement. Le dépistage par les nombreux examens systématiques prévus par la loi, l'isolement des tuberculeux dans les établissements de cure, la séparation des enfants de leurs parents malades, la prémunition par le B.C.G. des sujets anergiques en demeurent les éléments de base avec la réadaptation à la vie normale des malades stabilisés ou en voie de guérison.

2°) Sur le plan économique, celui de l'action sociale, l'aide aux tuberculeux et à leurs familles ne relève plus de la simple charité et se trouve codifiée par des textes législatifs. En ce domaine, le département de l'Isère a fait oeuvre de pionnier, notamment dans la création de l'Assistance post-sanatoriale.

3°) Sur le plan psychologique, celui de l'action éducative, nous avons vu que l'éducation sanitaire est en plein développement et qu'ici comme précédemment, le département de l'Isère se classe parmi les premiers départements français.

Vu le Président de Thèse:

Professeur BERNARD

Vu le Doyen de la Faculté
de Médecine de Paris:

L. BINET

Vu et permis d'imprimer:

Le Recteur de l'Académie de Paris

J. SARRAILH

BIBLIOGRAPHIE

- André (S.): "Prophylaxie de la Tuberculose de l'Enfant à l'école primaire". Thèse. Paris 1937.
- Bariéty (M.) et Coury (Ch.): "Dépistage radiologique systématique des affections du thorax". Masson et Cie édit. Paris 1952.

"Le rendement du primo-dépistage radiologique systématique de la Tuberculose pulmonaire".
Semaine des Hôpitaux, n°90 du 6/12/50, P. 4649-4658.
- Belle: "La Médecine préventive universitaire: sa réalisation à Grenoble au cours de ces trois dernières années". Thèse. Lyon 1943.
- Bénéult (G.): "Prophylaxie de la Tuberculose d'origine lactée au point de vue administratif". Thèse. Paris 1938.
- Bernard (E.): "Tuberculose et Médecine sociale". Masson et Cie Edit. Paris 1938.

"Phtisiologie humaine". Masson et Cie édit. Paris 1945.
- Berthet (E.) et Cabrol (J.): "l'efficacité de 25 années de lutte antituberculeuse dans un département français: Etude de 732 observations recueillies dans les dispensaires antituberculeux du département de l'Isère depuis 1919".
- Berthet (E.): "L'avenir de la lutte antituberculeuse dans le monde". La Semaine médicale, n°1 du 2/1/51. P. 3-6/

"La réadaptation professionnelle et sociale du tuberculeux à la sortie du sanatorium" extrait de "Lotta contro la Tuberculosis". Le Quintilly édit. Rome 1948.

"Rapport sur un plan général d'organisation de l'Assistance post-sanatoriale". Entraide française édit. Grenoble 1945.
- Berthet (E) et Bordelier (J.): "Six ans d'aide post-sanatoriale dans un département français". Revue de la Tuberculose. 5ème

série. Tome 15. N° 4-5. P. 402-406.

- Béthoux (L.): "Le Centre de Triage, de mise en observation et de vaccination dans la prophylaxie antituberculeuse de l'Enfance". Extrait des Archives de Médecine sociale n°5. Septembre-Octobre 1948.

"Le Centre de Vaccination antituberculeuse régional de Grenoble. Son rôle dans la prémunition par le B.C.G. des enfants nés de parents tuberculeux" extrait de Pédiatrie n° 6. 1948.

"La prophylaxie antituberculeuse de l'Enfance: Principes généraux et réalisations pratiques": La semaine médicale n°9 du 2/3/51/ P. 167-170.

"Vingt ans de prophylaxie antituberculeuse de l'Enfance. 1929-1949. Importance du Centre de Triage et de Vaccination par le B.C.G. avec parvi-Aérium de séparation" n°27 et 28 du Bulletin de l'Académie nationale de médecine. 1950, p. 570.

- Béthoux (L.), Cau (G.), Fabre (A.), Salmon (J.): Aspect médico-social actuel de la Tuberculose pulmonaire et dépistage systématique". Revue de la Tuberculose, 5ème série. T.14. n° 3-4. 1950. P.331-334.

- Boissel (G.): "Post-cure, capacité de travail et reclassement des tuberculeux". Revue de la Tuberculose. 5ème série. T.7. N°1-2. Janvier-Février 1942. P.88-106.

"La post-cure sanatoriale" extrait du Mouvement sanitaire n°171. Juillet 1938.

- Boyer (J.): "Précis d'Hygiène" Baillière et fils édit. Paris 1949.
- Brouardel (G.) et Arnaud (J.): "l'organisation antituberculeuse française" Masson et Cie édit. Paris 1933.
- Calmette et Letulle: "Fréquence relative de l'infection bacillaire et de la Tuberculose aux divers âges de la vie". Presse médicale n° 63. 1911.
- Chantegreil (J.B.): "Contribution à l'étude du dépistage de la

tuberculose pulmonaire latente chez l'enfant d'âge scolaire: étude médico-sociale. Thèse. Bordeaux 1931.

- Cohen (R.) et Vivien (J.N.): "Rapport sur le sanatorium des étudiants de France (St. Hilaire du Touvet) pendant l'année 1951" édité par la Fondation "Sanatorium des Etudiants de France", 11, rue Joannès. Paris XIVème.
- Cohen (R.), Vivien (J.N.) et Lacalmontie (J.): "Rapport sur le sanatorium des étudiants de France pendant l'année 1952" édité par la Fondation "Sanatorium des Etudiants de France".
- Comité National de Défense contre la Tuberculose: "Recueil de Législation et de Règlementation concernant la lutte anti-tuberculeuse".
- Courcoux (A.): "La prémunition antituberculeuse" Imprimerie Tancrede. Paris 1949.
- Courcoux (A.): "La vaccination contre la Tuberculose par le B.C.G.": communication à la section d'hygiène urbaine et rurale de prévoyance sociale du Musée social le 24/2/49.
- Cupillard: "Missions et réalisations du Comité antituberculeux d'entraide et d'éducation sanitaire du département de l'Isère" (1927-1955). Imprimerie A. Blanchard. Grenoble 1955.
- Cuvasson (G.): "Maladies infectieuses des animaux domestiques" Tome II. Vigot frères édit. 1947. Paris.
- Douady (D.): "Les sanatoriums universitaires français" édité par la Fondation "Sanatorium des étudiants de France", 11, rue Joannès, Paris XIVème. 1952.
- Douady (D.) et Sappey (F.): "Réflexions sur les examens médicaux périodiques et le dépistage de la Tuberculose dans les établissements publics du second degré, du technique et de l'apprentissage des départements du ressort académique de Grenoble" (Hautes Alpes, Ardèche, Drôme, Isère, Savoie, et Haute-Savoie). Communication au 2ème congrès international d'hygiène et de médecine sociale de Lyon.
- Dumarest (F.) et Mollard (H.): "Le tuberculeux guéri" Masson et Cie edit. Paris 1941.

- Dumarest (F.): "La reprise du travail et l'avenir social du tuberculeux". Doin édit. Paris 1932.
- Fabre (A.): "La vie hygiénique du Tuberculeux". Thèse. Lyon 1938.
- Lagarde (S. de): "Dispensaire mobile et dépistage de la Tuberculose en milieu scolaire rural". Thèse Paris 1949.
- Machroudi (M.A.): "Examen systématique et systématiquement répété des Collectivités envue de la prophylaxie antituberculeuse Thèse. Paris 1937.
- Nanoff (V.): "L'organisation de la lutte antituberculeuse dans le cadre départemental en France: l'exemple du département de l'Isère. Thèse. Lyon 1938-39.
- Neel: "Rapport sur la Maison universitaire de post-cure de Grenoble, Villa Belledonne, La Tronche, Isère" pendant l'année 1951 pendant l'année 1952-53. édité par la Fondation S.E.F., 14 rue Joannès. Paris XIVème.
- Nègre (L2): "La vaccination zntituberculeuse par le bacille de Calmette et guérin". Extrait de la Biologie médicale. Vol.XI. Avril-Mai 1951 n°3.
- Paul(Ch.): "Etude du Groupe familial d'enfants en milieu tuberculeux". Thèse. Paris 1936.
- Pellat (A.): "Dépistage de la tuberculose par les examens radioscopiques et tuberculiniques systématiques en milieu scolaire". Thèse. Lyon 1938.
- Pierre-Bourgeois: "Tuberculose pulmonaire et pleurale"/ Edit. médicale Flammarion1950.
- Piquet: "Prophylaxie antituberculeuse de l'Enfance: de l'importance du Centre de triage et de mise en observation, sa réalisation dans le département de l'Isère par la filiale de l'Oeuvre Grancher". Thèse. Lyon 1938.
- Plumanzille (J.B.): "Le problème de l'Assistance aux tuberculeux et Clair-Vivre". Thèse. Bordeaux 1934.
- Poix (G.) et Bernard (E.): "La déclaration obligatoire de la

Tuberculose" Revue d'Hygiène et de Médecine sociale . T. 1,
1953. P. 55-73.

- Sallé (J.C.): "L'avenir social des tuberculeux". Thèse. Bordeaux 1934.
- Schor (J.): "Les facteurs sociaux dans le développement de la Tuberculose à l'âge scolaire ". Thèse. Paris 1936.
- Sedallian (P.) et Schier (R.): "Précis d'Hygiène et d'épidémiologie". Masson et Cie édit. Paris 1949.
- Statuts de l'Association pour le reclassement social mutuel des malades et anciens malades du sanatorium de Vion". St. Clair de la Tour. Imprimerie Prudhomme et Cie, 5, rue Crépu. Grenoble.
- Viborel (L.): "L'éducation sanitaire". Arvauld et Cie édit. Tours 1953.

